نموذج ترخيص

أنا الطالب : آلاء عبد الرحمن رفيع البشتاوي أمنح الجامعة الأردنية و / أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو استغلال و / أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونية أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

جودة الحياة وعلاقتها باضطراب أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان.

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليمية والجامعات و / أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميع أو بعض ما رخصته لي.

اسم الطالب: آلاء عبد الرحمن رفيع البشتاوي

التوقيع: [signature]

التاريخ:

جودة الحياة وعلاقتها باختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان

إعداد

آلاء عبد الرحمن رفيق البشتاوي

المشرف

الدكتور أشرف فارس القضاة

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في

علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

آب، 2015

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة/الأطروحة (جودة الحياة و علاقتها باختلاف اعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان) و اجيزت بتاريخ 2015/8/9

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور اشرف فارس القضاة، مشرفاً استاذ مشارك – علم النفس الاكلينيكي	....
الاستاذ الدكتور محمد بني يونس، عضواً استاذ – علم النفس الفسيولوجي	....
الدكتور مروان الزعبي، عضواً استاذ مشارك – علم النفس التنظيمي	....
الدكتور تيسير فؤاد الياس، عضواً من خارج الجامعة استاذ مشارك – علم النفس الاكلينيكي مركز مستشفى الرشيد للطب النفسي و الادمان	....

الاهداء

إلى مصدر قوتي وقدوتي ومبعث إيماني في ذاتـي ...إلى روح أبــي الطاهرة

الى أمــــــــي

إلى ينبوعِ العلم و"معلمي " منذ بداية مسيرتي العلمية والعملية إلى المعلم الأب والحكيم

الدكتور وليد سرحان

إلى رياحين حياتي "أخواتي" أماني، ميسون، علياء، رانيا

إلى الخال حسين

إلى كل من علمني حرفاً، وأكسبني خبرة، وأسهم في نموي

إلى كلِ منْ أَنار لي شَمعةً في طريق العلم

إلى كلِ منْ يُعاني الفصام وإلى ذويهم

إلى جامعتي الأم ووطني الغالي

أهدي بكل الحب والتقدير هذا العمل المتواضع

داعيةً أن ينتفع به الناس

ألآء البشتاوي

الشكر

﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾ صدق الله العظيم

" من لا يشكر الناس لا يشكر الله" فله الشكر سبحانه على نعمه التي لا تحصى ومن أعظمها نعمه طلب العلم. فإني أحمد الله أن منَّ عليّ بإتمام هذه الرسالة ويسرها لي.

أتقدم بالشكر والعرفان، لمن لم يدخر جهداً في دعمي لإتمام هذا البحث، أستاذي المفعم بالحياة ومشرفي / الدكتور أشرف فارس القضاة حفظه الله، الذي لم يبخل عليّ بالتوجيه والإرشاد، لإخراج هذه الرسالة العلمية على أفضل صورة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى أساتذتي الأفاضل :الأستاذ الدكتور محمد بني يونس /رئيس قسم علم النفس، الدكتور مروان الزعبي، الدكتور تيسير الياس فؤاد / أخصائي نفسي في مركز مستشفى الرشيد، على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة، وعلى ما سيقدمونه لي من توجيهات ونصائح مفيدة.

وأتقدم بالشكر الجزيل لأستاذي الجليل الدكتور وليد سرحان / استشاري الطب النفسي، الذي قدم لي كل الدعم والتسهيلات الممكنة لإثراء بحثي علمياً وعملياً ليكون على هذه الصورة. وكما أتقدم بالشكر لعيادات الطب النفسي الخاصة وبشكل خاص للدكتور علي علقم، والدكتور عبد الله الجمل، والدكتور هاشم فاخوري، الأطباء النفسانيين الذين تعاوني معي في جمع البيانات وكل من ساهم في تسهيل مهمة جمع البيانات وخاصة للمرضى الذين ساهموا بإعطاء معلوماتهم لإتمام هذا العمل.

كما أشكر صديقتي وأختي رجاء نصر الله وزملائي بالعمل بلال عوض وحسين العوض، الذين ساعدوني ودعموني في تهيئة الجو المناسب لإتمام هذه الرسالة.

وبكل محبة وتقدير وعرفان، أتقدم بالشكر الى كل من زرع التفاؤل في دربي وقدم لي الدعم والنصح ووقفوا معي وشاركوني في رحلتي في بحر العلم، أحبتي وأصدقائي الذين لا يسعني الا أن أشكركم: ساري الحاج، بسمة هشام، لمى البزور، ربى صوفان، وزميلات التوأم رغدة ورندة جرار.

ومن الجليُّ بي أن أشكر شكراً خاصاً الى كل من زرع الشوك والعراقيل في طريقي، فلولاكم لما شعرت بمتعة البحث والتقدم.

ولا يسعني الا أن أتقدم بباقة محبة وعرفان الى أخواتي وعائلاتهم في دعمهم المستمر لمتابعة مسيرتي العلمية. والى كل أعضاء قسم علم النفس في الجامعة الأردنية، وكل من ساهم في تعليمي ووصولي لهذه المرحلة. وإن قلت شكراً فإن شكري لن يوفيكم.

الاء البشتاوي

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

جودة الحياة وعلاقتها باختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان

إعداد

ألآء عبد الرحمن رفيق البشتاوي

المشرف

الاستاذ الدكتور أشرف فارس القضاة

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة بأبعادها واختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان. وتألفت عينة الدراسة من 78 مريض فصام. تم استخدام قائمة الأعراض الإيجابية والسلبية (PANSS) واستبيان جودة الحياة النوعية النسخة العربية –مايو 1997.

وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط سلبي دال بين أبعاد جودة الحياة وأعراض الفصام حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون = 0.25-. بالإضافة إلى أن العلاقة كانت عكسية بين بعد الصحة الجسدية من مقياس جودة الحياة وبُعد الأعراض الإيجابية من مقياس أعراض الفصام وكانت قيمة الارتباط بيرسون = 0.24-. وكما أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين بعد البيئة من مقياس جودة الحياة وبُعد الأعراض الإيجابية من مقياس أعراض الفصام وكانت قيمة بيرسون الارتباط =0.30. وأظهرت النتائج لتحليل الانحدار الأحادي أن بعد الصحة الجسدية من مقياس جودة الحياة يفسر وبشكل دال إحصائيا ما نسبته 0.04 من الأعراض الإيجابية للفصام، وأن بعد البيئة من مقياس جودة الحياة يفسر وبشكل دال إحصائيا ما نسبته 0.08 من الأعراض الإيجابية للفصام وكذلك يفسر بعد البيئة وبشكل دال إحصائيا ما نسبته 0.06 من الأعراض العامة للفصام. ويفسر هذا البُعد أيضا وبشكل دال إحصائيا ما نسبته 0.07 من الأعراض الكلية للفصام (الإيجابية والسلبية والعامة معاً). وأشار تحليل الانحدار أن بعدي الصحة الجسدية والبيئة من مقياس جودة الحياة يفسران سوية ما نسبته 0.08 من أعراض الفصام وبشكل دال إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

وخلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة عكسية بين الأداء الكلي على مقياس جودة الحياة وأعراض الفصام الكلية، وبين بعد الصحة الجسدية من مقياس جودة الحياة والأعراض الإيجابية للفصام، وأن هناك علاقة عكسية بين بعد البيئة من مقياس جودة الحياة وبين الأعراض الإيجابية للفصام. كما خلصت إلى أن بعدي الصحة الجسدية والبيئة يفسران نسبة دالة إحصائيا من أعراض الفصام. في حين اتضح أنه لا يوجد علاقة دالة بين بعدي الصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية مع الأعراض السلبية.

الفصل الأول

المقدمة

المقدمة

قدمت منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) في السبعينيات تعريفاً واسعاً لمفهوم الصحة وعرفته بأنه: حالة من التكامل الجسمي والعقلي والاجتماعي والرفاه وليس غياب المرض فحسب، ويشمل التعريف المشاعر النفسية والاجتماعية للرفاهية والرضا (Hirschberg, 2010). وبما أن الفصام (الشيزوفرينيا) (Schizophrenia) واحد من الإضطرابات النفسية الأكثر تعقيداً، وهو اضطراب ذهاني. وتشكل الإضطرابات الذهانية مجموعة لها ميزات عن غيرها وخصوصاً تأثيرها على التواصل مع الواقع وانعكاس ذلك على السلوك والحياة بشكل عام. وبالتالي فقد حظي الفصام باهتمام الباحثين بكل أبعاده وأثاره وعلاجه ومآله (صالح،2008). وينتشر الفصام في كل المجتمعات ويسجل 2-4 حالات لكل عشرة ألاف من السكان سنوياً واحتمال إصابة الفرد على مدى حياته هو 1%. ولا يقتصر انتشاره على نوع اجتماعي (ذكر او أنثى) دون آخر، ولكن إصابة الذكور تكون في عمر أصغر منه عند الإناث. حيث يبدأ ظهوره بين الذكور في الفترة العمرية الواقعة بين 15 و25 عاما، أما الإناث فيبدأ ظهوره عندهن في الفترة العمرية الواقعة بين 25 و35 عاماً (سرحان،2000).

وحسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي تقسم إلى قسمين : أعراض الفصام الايجابية و تشمل: الهلاوس، التوهم، اضطراب التفكير والكلام، وأعراض الفصام السلبية وتشمل: فقر و ضحالة الأفكار والكلام، إضطراب الإرادة، تبلد المشاعر، العزلة الاجتماعية (سرحان،2000) حيث أدى إنشغال بعض من الباحثين في هذا الاضطراب إلى تأكيد دور البيئة في إحداث ونشوء الفصام، وآخرون إلى تأكيد دور الوراثة في نشوء الفصام وتبنوا نموذج الاستعداد – الضغط (Diathesis – Stress Model) لدراسة الفصام، ويقصد بالاستعداد تلك الحالة في بنية الجسم وتهيؤه للإصابة بالفصام. غير أن هذه الاستعدادات الوراثية يجب أن تكون مصحوبة بضغوط بيئية لكي يتطور الاضطراب (صالح، 2008).

وكما أشار الرخاوي 1979 إن وراثة الفصام إنما تشير إلى تنظيمات (قوى) تدهوريه تطورية قريبة التكافؤ، ويُفسر هذا الفرض أن تبادل الوراثة بين الفصام والأعراض النفسية الأخرى والعوامل البيئية هي عوامل نشطة ذات أثر فعال في تحديد النتائج الإكلينيكية في أحوال كثيرة. وهذا ما أكده سرحان، في دراسات التوائم أن نسبة اصابتهم بالفصام مختلفة اذ أن حدوث الفصام في التوائم المتطابقة 60% بينما نسبة حدوث الفصام في التوائم الغير المتطابقة 10% وهذا دليل على أن الفصام ليس وراثياً بحتاً حيث أن هناك عوامل أُخرى، كما دلت الدراسات البيولوجية على وجود علاقة لجينات مختلفة على كروموسومات 5، 10، 11، 13، 15 في مرضى الفصام، وكذلك أشارت

الدراسات حول الأسباب الأسرية للفصام وإسهامها في حدوث المرض وتبين أن المرضى الذين يعيشون في عائلة فيها التعبير العاطفي السلبي مرتفع كالنقد والعدوانية هم أكثر عرضة للإنتكاسة (سرحان،2000).غير أن الإصابة الفعلية بالفصام وظهور أعراضها للآخرين تتوقف على الضغوط التي يواجهها ومهارات الفرد في التعامل معها (laney 2001,1977 , spring ,zubia) (صالح 2008)، وإشارةً للبحوث والدراسات البيوكيماوية لبنية الدماغ إن المصابين بالفصام المزمن لديهم تجاويف دماغية واسعة في تلك المساحات التي تحتوي على السائل المخي الشوكي وهذه التجاويف لها علاقة إرتباطية بالضعف المعرفي (colden وآخرون، 1980) (صالح، 2008).

وكما يرى Helgin و 2001 whibome ونيلين Nelen 2003 في صالح 2008، من وجهة نظر المنظور الاجتماعي الحضاري أن العوامل الاقتصادية والتفاعلية (مثل الطبقة الاجتماعية والدخل، النظام الاجتماعي، يمكن أن تشكل ضغوطاً تزيد أعراض الفصام لدى الذين يتصفون بسهولة الاصابة وسرعة التأثر، وبما أن الفصامي مازال يعيش -جسدياً-فلا يمكن الزعم بأنه يعيش بلا آخر (موضوع) تماماً، بل بالعكس لو أُحسن الاستماع إلى صرخته، فإننا سوف نجد أن حاجته إلى الآخر نشطة طول الوقت، حيث إستغاثته صادقة وعميقة، ولكنها محكومٌ عليها مسبقاً يقيناً مطلقاً بلا جدوى (الرخاوي،1979)، فعند إظهاره للأعراض السلبية يتخذ أسلوب الانسحاب للدفاع عن نفسه، حيث أن الألفاظ تكون قد ماتت عنده ولم تعد صالحة لتنقل دقيق مشاعره، فينتقل إلى حالة من النكوص التي تثبت عجز الألفاظ وقلة التواصل عنده لفشله في إدراك المفاهيم ولعدم استعداده للمحاولة فيبقى في حالة من الصمت وعدم التواصل (الرخاوي، 1979). واسترعى الفصام انتباه الباحثين وهذا بالتأكيد لأنه يُمثل ويُؤثر بشكل واضح ومدمر على جودة حياة الفرد وفرصة التوظيف والزواج والأبوة. وكما ذكرت نُعسية في دراستها 2012 أن بعض من علماء النفس اهتموا بدراسة الخبرات الذاتية والإيجابية والسمات الشخصية لأنها تؤدي إلى جودة حياة قيمه وتحول دون الأعراض المرضية التي تنشأ عندما لا يكون للحياة معنى (Seligman&Csikszentnihaly,2002).

وتُشير الدراسات إلى أن جودة الحياة هي التطور الأحدث في القضايا التي شغلت البشرية منذ القدم تحت مسميات متعددة، ولمجرد مراجعة الأدبيات للعلاقة بين الأعراض النفسية وجودة الحياة لدى مرضى الفصام هذه دالة مهمة لأهمية تأثير الأعراض النفسية بشكل كبير على جودة الحياة. (Eack,S&Newhill,C .2007)، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها (الأشول،2005).

ويلاحظ المتتبع للدراسات النفسية الحديثة اهتماماً ملحوظاً بمفهوم جودة الحياة بشكل عام، وجودة الحياة لدى الفرد بشكل خاص، وهذا الاهتمام يعكس أهمية هذا المفهوم وتأثيره على مختلف الجوانب النفسية؛ فالجودة، هي انعكاس للمستوى النفسي ونوعيته، وإن ما بلغه الإنسان اليوم من مقومات الرقي والتحضر، تعكس بلا شك مستوى معين من جودة الحياة. وهكذا فإن الجودة هي هدف جميع المكونات النفسية. ومن هنا جاءت هذه الدراسة في محاولة للتعرف إلى العلاقة بين جودة الحياة واختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في أن الفصام يُعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية حاجة للفهم والتفسير في وقتنا الحاضر. كما أن جودة الحياة تُعتبر من أكثر العوامل اليومية المساهمة في الصحة والرفاه لدى الأفراد، فإن الحاجة لفهم الارتباطات بين أبعاد جودة الحياة وأعراض الفصام، وإلى أي مدى تسهم جودة الحياة في ظهور أعراض الفصام من عدمه، وهذا سوف يزود القائمين على رعاية المرضى ببيانات علمية تساعدهم على فهم وتفسير اضطراب الفصام. وهذا بدوره يساعدهم في وضع خطط علاجية أكثر شُمولية وقد يُساعد على جعل علاج مرضى الفصام اقل تكلفة من حيث الوقت والمال.

إن قلة الانتاج العلمي في هذا المجال في الأردن يقلل من قدرة الأخصائيين على فهم الفصام وعلاقته بجودة الحياة لدى المصابين به. هذه الدراسة سوف تسعى إلى المساهمة في حل هذه المشكلة من خلال نتائجها.

أهداف الدراسة وفرضياتها:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين أبعاد جودة الحياة لدى المصابين بالفصام وبين طبيعة الأعراض التي يُظهرونها. كما هدفت إلى التعرف على مدى اسهام أبعاد جودة الحياة في ظهور تلك الأعراض عند المرضى المصابين بالفصام. وذلك من خلال فحص الفرضيات التالية:

- هناك علاقة بين الدرجة الكلية لأبعاد جودة الحياة وبين الدرجة الكلية لطبيعة الأعراض التي يبديها المرضى المصابين بالفصام، وذلك عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).
- هناك ارتباط دال عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين بعدي الصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية من مقياس جودة الحياة، وبين الأعراض السلبية للفصام. وبين بعد البيئة من مقياس جودة الحياة وبين الأعراض الايجابية للفصام.

- أن أبعاد جودة الحياة تفسر أعراض الفصام بمستوىً دال عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها تسعى إلى الكشف عن العلاقات المتوقعة بين أبعاد جودة الحياة وأعراض الفصام بما يثري المكتبة العلمية للمهنيين والمهتمين والمرضى على حد سواء. كما أن هذه الدراسة من المتوقع أن تردم هوة معرفية في فهم وتفسير أعراض الفصام. وبذلك فإنها توفر جزءاً من المعرفة المهمة فيما يتعلق بجودة الحياة وعلاقتها بالفصام. كما أن أهمية هذه الدراسة تنبع أيضاً من استكشافها لأبعاد جديدة قد تزيد من فعالية العلاج الذي يتلقاه المريض.

كما تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة من نوعها في الأردن، بحيث تفتح المجال للدراسات التطبيقية بتطوير برامج علاجية خاصة بمرض الفصام آخذه بالاعتبار أبعاد جودة الحياة للمرضى التي تؤثر في مآل مرضهم وكيفية التعايش معه.

التعريفات النظرية والإجرائية لمتغيرات الدراسة:

في ضوء مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات ذات الصلة، فقد تم تعريف متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

جودة الحياة:

تعرف منظمة الصحة العالمية WHOجودة الحياة بأنها "إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته (المرشد في الطب النفسي /منظمة الصحة العالمية،1999)

وتعرف جودة الحياة إجرائيا: أنها الدرجة التي حصل عليها المفحوص على مقياس جودة الحياة النوعية النسخة العربية –مايو 1997، حيث قام المفحوص بتقدير جودة حياته على متدرج يستخدم أسلوب ليكرت وهذا المتدرج من واحد إلى خمسة حيث دل التدرج واحد على غياب جودة الحياة المناسبة والمتدرج خمسة دل على وجود جودة حياة مناسبة، علماً أنه يوجد عبارات سلبية تعكس المتدرج وهي الفقرات (26،4،3).

الفصام:

يصطلح تعريف الفصام على أنه مرض عقلي يتميز بأعراض متنوعة وأهمها الانسحاب من الواقع والميل إلى تفكك الشخصية وعدم اتساق الوظائف النفسية مع بعضها البعض وتظهر اضمحلال في القدرات العقلية بشكل تدريجي إذا لم تعالج. (المرشد في الطب النفسي/ منظمة الصحة العالمية،1999).

ويعرف الفصام إجرائيا على أنه مجموعة الأعراض التي يبديها المفحوص على محكات التصنيف الدولي للأمراض النسخة العاشرة International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10)، بالإضافة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات The Diagnostic and Statistical Manual (DSM)، للجمعية الأمريكية للطب النفسي، إضافة إلى شدة الدرجة التي حصل عليها المفحوص على مقياس الأعراض الايجابية والسلبية للفصام Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS).

محددات الدراسة:

- صغر حجم العينة الحالية، حيث اقتصرت على عينة المرضى المراجعين الأردنيين للعيادات النفسية الخاصة في عمان المصابين بالفصام، حيث أن مرضى الفصام يشخصون من قبل الأطباء النفسيين حسب محكات التصنيف الدولي للأمراض النسخة العاشرة ICD-10، بالإضافة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطراباتDSM-5 للجمعية الأمريكية للطب النفسي ويستخدم أيضا مقياس الأعراض الإيجابية والسلبية PANSS من قبل الطبيب النفسي لمعرفة شدة الأعراض للمرض، علماً أن أعمارهم ستكون من 18 عام فما فوق.
- انحصار تمثيل العينة الحالية لشريحة معينة من مرضى الفصام وهم الذين يراجعون العيادات الخاصة.
- تم جمع المعلومات من المرض نفسه أي أن التقييم لنوعية الحياة ذاتية ولم تأخذ بعين الاعتبار التقييم الموضوعي لجودة الحياة.
- رغم وجود المعلومات لمتغيرات أخرى قد تكون لها تأثير، مثل المتغيرات الديمغرافية ومدة المرض وعمر المريض عند بداية المرض. وغيرها من المتغيرات.
- لم يتم الأخذ بعين الاعتبار احتمال وجود اضطراب نفسي مرافق كالاكتئاب أو الوسواس القهري أو الإدمان على الكهول والمواد المخدرة
- لم تأخذ الدراسة بعين الإعتبار الأنواع المختلفة للفصام. علما أن 80 % تمثل العينة مرضى الفصام الزوري
- استخدام أسلوب التقرير الذاتي لجمع البيانات من المفحوصين بوجود الفاحص، استبيان جودة الحياة النوعية النسخة العربية مايو/أيار.

The World Health Organization Quality of Life WHOQOL –1997 BREF.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

جودة الحياة

حظي مصطلح جودة الحياة خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي بالتبني الواسع وبرزت أهميته في المستوى العلمي والمستوى العملي (الأشول،2005). وبين رو جرسون ان الأهمية في كلمة جودة تتبين في العلاقة الانفعالية بين الفرد وبيئته، ومشاعر الفرد وأحاسيسه ومدركاته وبين أهمية البيئة والعوامل الثقافية كمحددات للجودة (Watson &Clark، 1997). وكما أشار الكرخي 2011 لتفسير جودة الحياة من المنظور الإنساني إلى نظرية رايف (1999) Ryff Theory حيث تدور حول السعادة النفسية ولها ستة أبعاد: الاستقلالية، التمكن البيئي، النمو الشخصي، والعلاقات الايجابية مع الآخرين، وتقبل الذات، والهدف من الحياة. وأن جودة حياة الفرد ترتبط بالمستوى الذي يصل إليه في إشباع حاجاته وإرضاء مختلف حاجاته النفسية والاجتماعية، بما توفره له المؤسسات المجتمعية من إمكانيات وبقدرته التي يعمل على استغلالها.

وذكرت عبد الوهاب،2006 ثلاث أنواع لجودة الحياة: جودة الحياة ال موضوعي Objective QOL، جودة الحياة ال ذاتيةSubjective QOL، جودة الحياة ال نفسية.Psychological QOL

وكان تركيز الباحثين في جودة الحياة الموضوعية على المؤشرات الموضوعية الظاهرة القابلة للقياس والملاحظة الخارجية مثل الدخل والحالة الاجتماعية والحالة الاقتصادية والحالة الوظيفية وحجم الدعم الاجتماعي، حيث لا يمكن للفرد أن يدرك جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الافراد الذين يتفاعل معهم.(Bishop &. Feist-Price, 2001).

واستخدمت بعض الدراسات جودة الحياة الذاتية بصورة متبادلة مع جودة الحياة النفسية (Diener & Diener ,1995). حيث يؤكد Taylor & bogdan (1996) أن جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ أنه لا يكون معنى لهذا المفهوم إلا من خلال ادراكات الفرد وتقيمه لخبراته الحياتية. وأشار Vreeke , et al (1997) أن القيم الخارجية والمعايير لا يكون لها أهمية ولا قيمة، بل تكتسب أهميتها من خلال إدراك الفرد وقيمه لها .

وان جودة الحياة النفسية تتميز عن جودة الحياة الذاتية أنها تتعلق بالايجابية أو الصحة النفسية الإيجابية ممثل القدرة على متابعة الأهداف ذات المغزى، ونمو وتطور وإقامة علاقة إيجابية مع الآخرين. (عبد الوهاب،2006)

تعريف جودة الحياة

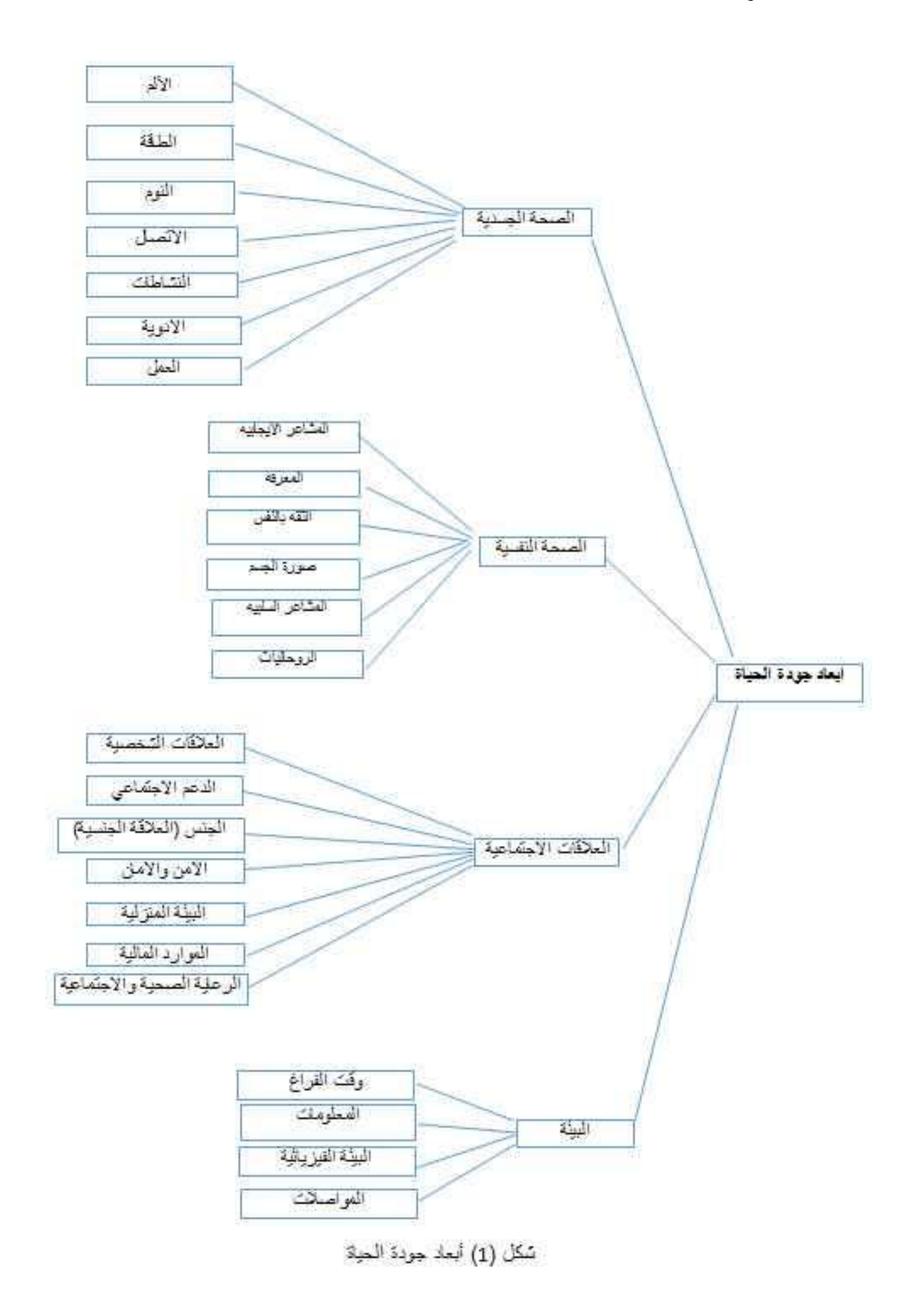
- جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه" (منسي وكاظم، 2006).
- وأضاف أيضاً Ryff et al (2006) أن جودة الحياة النفسية هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما تظهر المؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات الرضا عن الذات وعن الحياة بشكل عام، وكما ترتبط بالإحساس العام بالسعادة والطمأنينة النفسية.
- جودة الحياة الذاتية كما عرفها عبد الوهاب(2006) هي شعور ذاتي كيف يكون الفرد راضياً عن حياته وينعكس ذلك على تصورات الفرد الذاتية وتقييم حياته من الناحية الانفعالية السلوكية، والأدوار النفسية والاجتماعية.
- جودة الحياة النفسية كما عرفها Stewart-Brown (2000) بأنها حالة كلية ذاتية من التوازن الداخلي بين المشاعر الإقبال على الحياة، الثقة بالذات، الصراحة، والأمانة مع الذات والآخرين والشعور بالهدوء والسعادة، والاهتمام بالآخرين.

أبعاد جودة الحياة:

واتخذت جودة الحياة أربعة أبعاد بعد تطوير مقياس جودة الحياة النوعيةQOL من قبل منظمة الصحة العالمية WHOوتتمثل أبعاد جودة الحياة: الصحة الجسدية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، البيئة (Skevington et al،2004)

1. الصحة الجسدية: هي حالة من التوازن البدني والفيزيائي للجسم.
2. الصحة النفسية: وهي حالة دائمة نسبياً، يكون الفرد فيها متوافقاً نفسياً، شخصياً، انفعالياً اجتماعياً، مع نفسه ومع الأخرين، وقادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن (أبو الدلو،2009)
3. العلاقات الاجتماعية: هي قدرة الفرد على إقامة علاقات مع الآخرين والاستمرار بها.
4. البيئة: كما عرفها أبو دلو (2009) بأنها جميع العوامل الخارجية التي تؤثر في الشخص من بدء نموه، وكذلك تؤثر في نشاطه حتى اللحظات الأخيرة من حياته، حيث تؤثر في تكوين شخصيته وأنماط سلوكه والأساليب التي يلجأ إليها في معالجة شتى المواقف

الحياتية التي تؤثر مباشرة عليه، حيث أن التأثير الإيجابي للبيئة يمثل شرطا للنمو النفسي للفرد.



شكل (1) أبعاد جودة الحياة

الفصام

يعتبر الفصام من المواضيع التي تمت دراستها بشكل مستفيض في مجال علم النفس مع أن هذا المرض لازال لا يستجيب كثيراً لوسائل العلاج الشائع استعمالها، سواءاً كانت دوائية أو نفسية. وبرغم السنوات الطويلة في البحث والتقدم في معرفتنا لهذا المرض، إلا أن الأشخاص المصابين بالفصام لا زالوا في كثير من الأحيان غير قادرين على ممارسة الحياة في المجتمع بصورة طبيعية والمحافظة على علاقات اجتماعية جيدة ليكونوا مقتنعين بحياتهم (Hirschberg , 2010).

إن العلاج المثالي يتطلب التحديد الدقيق للمرض المنوي علاجه والفهم الشمولي لشخصية المريض وبيئته المحيطة، فإن طبيعة الفصام تجعل من هذا النموذج المثالي صعب التحقيق. إن فهم المرض والظروف التي يحدث بها للفرد تتطلب الوقت والمهارة. وعند الوصول لهذا الفهم قد تعني بالضرورة مداخلات علاجية قاطعة. ولهذه الأسباب فإنه في كثير من المجالات لا نجد أن العلاج المنشود قد تم الأخذ به، وعلى العموم فإن العلاج كان قد توجه نحو التخفيف من المظاهر المتعددة المزعجة، كالتوهم والهلاوس واضطراب التفكير، هذه الأعراض تحصل على الكثير من التركيز والاهتمام لأنها تعيق حياة المريض. وهي التي تأتي بالمريض لعناية المعالج، وعلى هذا فإنه بالنسبة لغالبية المرضى هناك تفاوتاً في هذه الأعراض، على خلفية أقل تفاوتاً في الإعاقة النفسية الداخلية ومع الأفراد والأداء الوظيفي في المجتمع (Hirschberg , 2010).

تاريخ الفصام

إن مصطلح الفصام يمتلك تاريخاً طويلاً (سرحان،2000). عُرف مرض الفصام وعُولج منذ القرون الأولى للعصر الحجري إلى عصرنا هذا فليس هناك من مجتمع أو بلد يستطيع اثبات نفيه لوجود مثل هذا المرض في وسطه، إلا أن هناك تفاوتاً في نسبة وجوده بين مجتمع وآخر، وهو من أكثر الأمراض تسبباً للمعاناة الفردية والعائلية والإجتماعية. وساد الاعتقاد بأن الأمراض تصيب الفرد نتيجة قوة خارقة من قوى الشر أو الخير، إلا أن الحضارة الإغريقية أحدثت تحول جذري في النظر إلى طبيعة الأمراض، وافترض أبو قراط لأول مرة أن الأمراض ناتجة عن آفة تصيب الدماغ، وبأن فقدان التوازن في أخلاط الجسم هو السبب لهذه الأمراض وغيرها من اضطرابات الشخصية وافترض بأن وفرة العصارة السوداء تسبب المرض العقلي الذي سماه (المنخوليا)، وفي العصور الوسطى المظلمة نُظر إلى الأمراض العقلية على أنها "لعنة" (كمال، 1987). وتعتبر الحضارة الإسلامية الفترة الذهبية في تطور العلوم النفسية والخدمات المقدمة للمرضى ،فقد عرف العهد الأموي المستشفيات لأول مره وسميت البيماريستانات وخصص فيها أقسام لرعاية المرضى النفسيين، وكان هناك خادمين لكل مريض في الوقت الذي كانت أوروبا تحرق المرضى في

الشوارع، وفي العهد العباسي أبدع الرازي وابن سينا وكتبا الكثير عن الأمراض النفسية وأسهم الأمام الغزالي في بدايات علم النفس، ولاحقاً في الأندلس كتب ابن خلدون مقدمته واكتملت أركان العلوم النفسية الاجتماعية .وكما أكد متولي (2004) على أن الجذور التاريخية الحقيقية لمرض الفصام ترجع إلى عام 1860، عندما عرضت حالة على مولر وأطلق عيها اسم العته الباكر، ولأنه يأتي في سن المراهقة. وسار على دربه كالبوم وأهم ملاحظاته لمجموعة من الأعراض بأن يكون المريض ساكناً بلا حراك وأطلق عليه مصطلح (الكتاتونيا أو جنون التوتر).

وفي نهاية القرن الماضي وضع كربلين (1855-1926) مصطلح الخرف المبكر ولم يأبه لأسباب المرض، ثم قدم بلور (1857-1930) وأطلق مصطلح الشيزوفرينيا بدلاً من الخرف المبكر او العته وأكد على الأسباب النفسية للمرض واعتبر الشيزوفرينيا حالة أو مجموعة واسعة من الحالات سماها (الشيزوفرينيات) وكل واحدة تختلف عن الأخرى من حيث السبب والصورة والنتيجة، إلا أن مانفرد بلور ابن بلور وجه اهتمامه إلى فعل الجينات الوراثية في تكوين الشيزوفرينيا، وكان رأيه أن الجينات المسببة للمرض ليست مرضية وإنما جينات تجمعت بشكل معين غير متوازن هو الذي يكون الحالة المرضية ووجد أن للعوامل النفسية لها دور في تكوين المرض وخاصة الضغوط النفسية المتواجدة بين الفرد وعلاقاته الاجتماعية في مجال الأسر والأقارب (كمال،1987).

وجاء تطور الاهتمام بمرض الفصام من قبل أدولف ماير (1866-1950) ولم يُنظر إلى الفصام باعتباره مرضاً وإنما اعتبره نمطاً في الإرجاع أو التفاعل ينمو في الشخصية نتيجة لصعوبات عدة يؤدي إلى ظهور مظاهر المرض. في حين أن فرويد اعتبر أن الأوهام والهلاوس هي إسقاطات لم يتم معالجتها في الطفولة فأحدثت خلل في وظائف الأداء ووظائف اللاوعي. وجاء يونج برأيه بأن الفصام هو حصيلة الانشغالات الزائدة في عاطفة الفرد(Arieti,S.1974). أما بافلوف فإنه يجد في الشخص الشيزوفريني شخصا يميل إلى الانفعالات الزائدة وأن هذا المرض هو الوسيلة العصبية الفيزيولوجية الممكنة لتفاد هذا الانفعال (كمال،1987).

وأضاف كاسانين في الثلاثينيات مصطلح (الذهان الشيزوفريني) في دراسة لـ 9 حالات مستعصية (خرف مبكر) إصابتهم مفاجئة وشفائهم سريع ولاحظ وجود رابط بين الاضطراب هذا والشيزوفرينيات والأعراض الوجدانية. وأصبح مصطلح كاسينين معتمد في المرشد للطب النفسي الأمريكي بصورته الأولى DSMt1952 وبصورته الثانية. وأضاف هوك مصطلح الشيزوفرينيا أنها حالات مقنعة أو تنكرية لاضطرابات أخرى وسماها: الشيزوفرينيا العصابية الزائفة، والشيزوفرينيا المرضية النفسية الزائفة. وكان أخر تطور حدث للفصام في المرشد الطبي الثالث،

ترافق ست أعراض لستة أشهر حتى يكون مرض الفصام. وكان المفهوم الأمريكي مختلف عن المفهوم البريطاني حيث أن الأخير يضيق المفهوم الأمريكي ويبدو مفهومه بشكل أوسع حيث يناسب الحالات في المستشفيات البريطانية أقل بكثير من الأمريكية (صالح،2008).

"وإن مصطلح الشيزوفرينيا مشتق من كلمتين هما شيزو ومعناها انقسام وفرينيا ومعناها عقل، وفي ذلك إشارة إلى أن المرض يحدث انقساماً أو انفصاماً في العمليات العقلية. وقد أسيء فهم هذا المصطلح، فاستعمله البعض للتعبير عن انقسام الشخصية وتجزئتها إلى (الشخصية الثنائية)، و (الشخصية المتعددة)، وهذا بعيد كل البعد عن مرض الفصام، وتعدد الشخصية هي من الحالات النادرة جداً والتي وضعت دائماً ضمن الهستيريا، وفي اللغة العربية استعملت كلمات ومصطلحات كثيرة مثل الفصام العقلي وانفصام الشخصية، والانفصام، ولكن المعجم العربي الموحد حدد التسمية العربية بالفصام" (سرحان 2000، ص:13).

تعريف الفصام

<u>الفصام لغوياً</u>

كما أشار له متولي (2004) من قاموس وبستر الموسوعي أن schizo هو بادئة prfix تعني: الانقسام أو الانفصام وهي مشتقة من كلمة يونانية shizen أما phrenia فهو مشتق من الأصل اليوناني phrene ومعناه العقل.

<u>الفصام اصطلاحاً</u>

1. كما عرفه فرج طه وآخرون (1993): بأنه مرض عقلي يصنف ضمن فئة الاضطرابات النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثرها انتشاراً. وهو مرض يمزق العقل والشخصية فتفقد الشخصية التعامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية وكأن كل جانب منها أصبح منفصل عن بقية الجوانب الأخرى، ومن هنا اشتق اسم المرض الذي يشير إلى أن جوانب الشخصية المختلفة تصبح مفصومة بعضها عن بعض وتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها
2. إن الفصام مرض عقلي جسيم يتميز بأعراض متنوعة وأهمها الانسحاب من الواقع، والميل إلى تفكك الشخصية وعدم اتساق الوظائف النفسية مع بعضها البعض، واضمحلال الأفكار والقدرات العقلية بشكل تدريجي (المرشد الطبي النفسي، منظمة الصحة العالمية، 1999).

3. كما ذكر غانم (2006) لتعريف الفصام كما عرفه سيلفان وأريتي "هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييراً عميقاً من أنماط تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكهم تجاه العالم، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب حياتيه لا تتسق مع الواقع"
4. وعرفه عكاشة (2008) " أنه مرض عقلي يتميز باضطرابات في التفكير، والوجدان والسلوك وأحيانا الإدراك، ويؤدي – إن لم يعالج -إلى تدهور واضح في المستوى السلوكي والخلقي والإجتماعي، مما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع".
5. وعرفه ابراهيم وعسكر (2012) بأن الفصام هو اضطراب عقلي لا يوجد له أساس معروف، ويتضمن تفككاً في وظائف الشخصية الإدراكية والمعرفية والانفعالية.

تصنيفات الفصام

في التصنيف الدولي العاشر ICD-10 يقسم الفصام إلى سبعة أنواع:

1. F20.0الفصام الزوري (Paranoid schizophrenia)
2. F20.1الفصام الهيبيفريني (Hebephrenic schizophrenia)
3. F20.2الفصام الجامودي(Catatonic schizophrenia)
4. F20.3الفصام الغير محدد (Undifferentiated schizophrenia)
5. F20.4اكتئاب ما بعد الفصام (Post-schizophrenic depression)
6. F20.5بقايا الفصام (schizophrenia Residual)
7. F20.6 الفصام البسيط (Simple schizophrenia)

في حين أن التصنيف الأمريكي الرابع DSM-IV قسم الفصام إلى خمسة أنواع:

1. 295.30الفصام الزوري (Paranoid type)
2. 295.2الفصام الجامودي (Catatonictype)
3. 295.60بقايا الفصام (type Residual)

بالإضافة إلى نوعين أخرين هما:

1. 295.10الفصام الغير منظم (Disorganizedtype)
2. 295.90الفصام الغير محدد (Undifferentiatedtype)

اما التصنيف الأمريكي الخامس DSM-5عام 2013 فقد ألغى هذه الأنواع وأصبح التشخيص هو الفصام

اعتبارات تقسيم الفصام:

تم تقسيم الفصام إلى أنواع وفق التصنيف الأمريكي الرابع DSM-IV على اعتبار أن:

1. الفصام الزوري يكون فيه التوهم والهلاوس هي المسيطرة دون وجود اضطراب شديد بالسلوك والكلام.
2. في حين أن من يعانون من اضطرابات شديدة في السلوك والكلام وتبلد المشاعر سموا بالنوع الغير منضبط والتي يقابلها في التصنيف العاشرICD-10 الهيبيفرينيا.
3. أما النوع الجامودي أو التخشبي في تسمية أخرى في كلا التصنيفين، فإنه يتميز بالمظاهر الحركية حيث يبدوا المريض متخشب يتحرك كتمثال الشمع ويصاب بنوبات من الهياج وزيادة الحركة ثم السلبية ومقاومة الأوامر أو الحركات، ومن الممكن أن يأخذ وضع عضلي متعب ويستمر لفترة طويلة مثل أن يرفع يده فوق رأسه، كما أنه من صفات هذا النوع هو ترديد الحركة وترديد الكلام الذي يقال له وقد تم فصل هذا النوع في التصنيف الخامس DSM-5عن الفصام ووضعه في باب مستقل لأنه في بعض الأحيان يحدث لأسباب أخرى نفسية أو عضوية ليست فصام.
4. أما النوع الرابع الغير محدد والذي لا تنطبق عليه شروط الأنواع الثلاثة السابقة
5. والنوع الخامس هو بقايا الفصام وفيه لا تكون الأعراض الإيجابية واضحة ولكن يكون هناك دليل على استمرارية الاضطراب بوجود أعراض سلبية متعددة وبقايا من الأعراض الايجابية.
6. أما الفصام البسيط ورد في التصنيف العاشرICD-10 دون أن يرد في التصنيف الأمريكي الرابع DSM-1V أو الخامسDSM-5 فهو نوع خلاف لا يشترط وجود الهلاوس والأوهام مما جعل هذا التشخيص يختلط باضطراب الشخصية ولا يقبل به معظم الخبراء.

أعراض الفصام

يقصد بالأعراض، أي انحراف يحس به المريض ويشكو منه، وقد تكون الأعراض داخليه وأعراض خارجية وقد تكون عضوية الأصل كالتغيرات في أنسجة الدماغ، أو استجابة لعوامل خارجية كالعدوى أو التسمم أو الصدمة (Alhefnee ,1994).

وكشفت كثير من الدراسات السابقة عن ظهور أعراض في مراحل سابقة للفصام، وهي أعراض أقل شدة من العرض الإكلينيكي التي تكفي لتصنيف الفرد بمرض الفصام حيث استند ميهل في ستينيات القرن إلى مُسلمة مفادها أن هناك مراحل تسبق ظهور الأعراض الفصامية (Meehl,1962).

واعتمدت الدراسة تقسيم أعراض الفصام كما ذكره Semple&Smyth، (2012)إلى الأعراض الايجابية والأعراض السلبية.

الأعراض الايجابية:

1- الهلاوس: هي استجابات ادراكية واضحة دون وجود منبه حسي خارجي، ومن الهلاوس سمعية وبصرية وشمية وحسية وتذوقيه.

2- التوهم: كما اشار له سرحان (2009) أنه اعتقاد خاطئ يؤمن به المريض ايماناً راسخاً مع استحالة اقناعه منطقياً بعدم صلاحيته ويجب الأخذ بعين الاعتبار ثقافة المريض ومن أنواعه: توهم الاضطهاد، توهم العظمة، توهم المرض، توهم الاشارة للذات وتوهم الخيانة، توهم غريب كالاعتقاد أن الكواكب والنجوم أخوته.

3- اضطراب التفكير والسلوك: ويتمثل في اضطراب التعبير وقلة ترابط الافكار واضطراب مجرى التفكير، اضطراب التحكم بالأفكار (إذاعة وسحب الأفكار)، اضطراب محتوى التفكير. وهذه تؤدي إلى اضطرابات السلوك مثل الانعزال والانسحاب من المجتمع.

الأعراض السلبية:

كما ذُكرت في متولي،2004 هي الأعراض التي قد لا يلتفت إليها الا مع الملاحظة الدقيقة الواعية، حيث لا تكون بدرجة وضوح الأعراض الإيجابية نفسها، رغم أنها تعتري المريض في وقت مبكر عن الأعراض الإيجابية وتكون مختلفة في شدتها ونوعيتها من مريض لآخر وتتكون من:

1. انعدام تعبير الوجه
2. الانسحاب العاطفي والاجتماعي، كما قدمه meehl, 1962
3. التبلد (فتور الشعور واللامبالاة)
4. عدم القدرة على الكلام أو التفكير التلقائي العفوي
5. قلة الانتباه
6. انعدام المبادرة
7. فقدان الدافعية
8. التفكير النمطي
9. صعوبة التفكير التجريدي.

تشخيص الفصام

وعمل آريتي على تفسير الفصام عن طريق تقسيمه إلى شكلين أساسيين: بحيث يتصف الشكل الأول بالإنسحاب النفسي حيث يمثل موقف المريض من العالم الخارجي وخوفه منه وفقدان الثقة بالآخرين وعزلته عن كل شيء بالهروب منه وبالشكل الثاني الذي يمحوره حول الإسقاط حيث تسيطر على المريض مجموعة ومنظومة من المعتقدات الزائفة والوهمية. (سيلفيان وآريتي،1991). وبناءاً للدليل التشخيص الإحصاء الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-IV إن الفصام يشخص بظهور عرضين أو أكثر خلال الانتكاسة مثل الهلاوس والأوهام واضطراب التفكير وعدم الترابط بالكلام خلال فترة نشاط المرض، مع انخفاض في مستوى الأداء الوظيفي والاجتماعي والعمل كعلامات تسبق نشاط المرض أو تعقبها. بالإضافة إلى أن المريض يعاني من فقدان الدافعية وتبلد المشاعر وقد يظهر سلوكيات شاذة غير مألوفة ولتشخيص الفصام يشترط على

ألا تقل الفترة المرضية عن ستة أشهر ويشمل ذلك الصور والأعراض المتبقية والسائدة (DSM-IV، 1999).

ويتم تشخيص الفصام حسبICD-10 بظهور واحد من الأعراض التالية على الأقل: (1-الانسحاب وصدى الافكار،2-وهم السيطرة، 3 -هلاوس صوتية، 4-الأوهام المستمرة الغير ملائمة ثقافياً) أو عرضين على الأقل من الأعراض التالية :(1-الهلاوس الثابتة التي تحدث يومياً لمدة أسبوع أو شهر، 2 -فواصل بين سلسلة الأفكار، 3 -سلوكيات تخشبيه، 4 -أعراض سلبية، 5 -تغيرات ذات معنى نوعية تشمل بعض جوانب السلوك الشخصي مثل التجنب الإجتماعي، تطاير الأفكار)، علماً أن فترة الأعراض تستمر أكثر من شهر. وعلماً بأن ضغوط الحياة بشكل متكرر خلال الشهر الذي يسبق الانتكاسة الأولى يحث على ظهور المرض في مراحله المبكرة. (Semple, D & Smyth, R, 2013).

ووجد أن ما يعادل 25% من المرضى يشفون من النوبة الأولى ولا يعاودهم المرض طيلة حياتهم، وأن ما نسبته 25% لا يستجيبون للعلاج ويعيشون بأعراض متبقية، على الرغم من أن مرض الفصام لا ينتهي بالوفاة، فإن محاولات الانتحار بين الفصاميين تتراوح بين 13-22 % من الحالات، أما محاولات الانتحار التي تمت بالفعل تتراوح ما بين 5-10 % والغالبية تكون في المرحلة الأولى للمرض وفي الحالات الحادة منها. وهذه النسب لا يمكن الاستهانة بها خاصة إذا وضعنا في الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد في سن الشباب والنضوج، أي أن مرحلة الازدهار الفكري مما يجعل الفصام يبدو كظاهرة مرضية فحسب بل ظاهرة مؤثرة على شتى جوانب الشخص الحياتية: الاقتصادية والاجتماعية والأسرية والأكاديمية والجسدية (أرييتي، سيلفيان،1991).

وحسب الدراسات الاستطلاعية للفصام لمنظمة الصحة العالمية WHO في السبعينيات التي ذكرها (Semple , D & Smyth , R. 2013) وجدت أن معدلات تشخيصها في الولايات المتحدة الأمريكية مرتفعة وذلك لاعتبار التشوهات الخفيفة من الأعراض جزء من الفصام وكذلك في الاتحاد السوفيتي وذلك بسبب الضغوطات السياسية.

أسباب الفصام

ويذكر سرحان(2009) أن أسباب الفصام متعددة ومنها: الأسباب الوراثية، الحمل والولادة، المشاكل العائلية، أحداث الحياة، اسهامات استعمال العقاقير والإدمان. كما ذكر Stefan,M.& el at(2000)أنه لا يوجد سبب منفرد لحدوث مرض الفصام ولكن هناك أسباب مركبة ومتداخلة لإحداثه. وتنقسم إلى أسباب بيولوجية وأسباب بيئية.

الأسباب الوراثية

وذكر Bourke , J. & Castle , M (2008) أن هناك اتجاه قوي بالفصام بأن يتكرر في بعض العائلات فمن المعروف أنه بدون وجود أفراد في الأسرة يعاني بالفصام فان خطورة حدوثه 1% وترتفع هذه الخطورة إلى 13% اذا كان أحد الوالديين يعاني من الفصام وإلى 50% اذا كان كلا الوالدين يعاني من الفصام، من حيث أن التوائم الغير المتشابهة مثل الاخوان فان احتمال إصابة كلا التوأمين هي 10 % وهذا يظهر بشكل واضح أن قرب الشخص من المصاب وراثياً يضعه في دائرة الخطر بصورة أكبر، كان لدراسات التبني في الغرب دور مهم في فهم وجود العامل الوراثي ، فمن المعروف أن التبني في الغرب يختلف عن التبني في الدول الإسلامية، اذ أن الطفل يعطى اسم العائلة تماماً كما أنه ابنهم البيولوجي .وظهر من هذه الدراسات أن الأطفال من والدين مصابين بالفصام اذا تم تبنيهم من قبل والدين غير مصابين بالفصام فإن الخطورة من معيشتهم مع الوالدين مصابين بالفصام ترتفع. وكما ذكر Parker, S .& Lewis, S. (2006) أن خطورة الإصابة لا ترتفع لدى الأطفال من والدين أصحاء يتم تبنيهم من والدين مصابين بالفصام . كل هذا يثبت بما لا يدع مجالاً للشك أن العوامل الوراثية مهمة، فقد أصبح في العقد الأخير من الواضح أن العديد من الجينات لها علاقة بحصول هذا المرض كما أنه من الواضح من الدراسات الوراثية الفصام لا يمكن أن يكون سببه وراثي فقط والبيئة مهمة وأكثر ما يلفت الإنتباه إلى ذلك التوائم المتشابهين وهم نسخة طبق الأصل من الناحية الوراثية، حيث لا يكون الفصام عند كلا فردي التوائم، وهذا يعني أن الخطورة الوراثية تتطلب عوامل أخرى خارجية لظهور الفصام (متولي، 2004). وأوضح عكاشة (1998) أن مرض الفصام بذاته والأعراض المرتبطة به لا تورث.

العوامل التطورية

هناك دلائل ومؤشرات إلى أن الفصام يقترن بمضاعفات عديدة بالحمل والولادة، بالإضافة إلى أن هناك نسبة أكبر من مرضى الفصام يولدوا في أواخر الشتاء أو الربيع مما أدى إلى ربط الفصام بإصابات الإنفلونزا لدى الحوامل في الثلث الثاني من الحمل (2000 stefan, M. &et al,)

.

ولا زال النقاش في هذه العوامل تتبلور أكثر دور في الدراسات الحديثة التي تصور الدماغ ووظائفه في مراحل مبكرة من ظهور مرض الفصام، وفي بعض الآحيان بتصوير الأدمغة للأفراد الذين لديهم خطورة كبيرة للإصابة بهذا المرض (Bourke, J. & Castle , M. 2008).

اختلالات الدماغ

خلال العقدين الماضيين تطورت أساليب التصوير للدماغ بحيث أصبحت قادرة على تصوير التركيب المفصل للدماغ والوظائف المختلفة وتغيرها في الفصام سواءاً نتيجة المرض نفسه أو العلاجات التي توصف لمعالجة هؤلاء المرضى. وعلى سبيل المثال فإن الكثير من البحوث الحديثة تعمل تصوير الرنين المغناطيسي والتصوير المقطعي بإطلاق البوز يترون، وقد تأكد حتى الآن أن هناك توسع في حجرات الدماغ مقترنه بالأعراض السلبية للفصام. كما أن حجم الدماغ يصغر خصوصاً الفص الأمامي (frontal lobe) والفص الصدغي (temporal lobe) ومناطق فرس البحر (hippocampus) واللوزة (amygdala) والتلافيف ما وراء فرس البحر (para hippocampus gyrus). وهذه المظاهر في الدماغ اقترنت أيضاً بضعف أداء المرضى على بعض الاختبارات المقننة لقياس الوظائف العقلية العليا مثل وظائف الفص الأمامي. والكثير من الدراسات الحديثة تربط بين المظاهر المعرفية للفصام المزمن باختلالات دماغية محددة مما يفتح الأبواب لمعرفة ما هي التغيرات العصبية للمرض وبالتالي الوصول إلى طرق علاج أكثر فاعلية (Bourke , J. & Castle , M. 2008).

الخلل في الناقلات العصبية:

بدأ الإهتمام في الناقلات العصبية الكيماوية بعد أن اكتشفت أثارها الهامة في حدوث وعلاج الفصام فقد عرف منذ عقود طويلة أن هناك زيادة في مادة الدوبامين كناقل عصبي كيماوي في بعض مناطق الدماغ وأن D2 هو المستقبل الرئيسي لمعالجة الفصام. وفي دراسة أجراها Hietelaetal ,1995 اثبت زيادة الدوبامين في الجهاز الطرفي (limbic system) في بعض مرضى الفصام، وفي دراسة أخرى لـWillner,R(1995) أن زيادة الدوبامين في الجهاز الطرفي

تظهر الأعراض الإيجابية للفصام. علماً أنه أضاف أن نقص الدوبامين في الجهاز الطرفي يظهر الأعراض السلبية والإكتئابية للفصام. وقد عرف أيضاً أن بعض العقاقير قادرة على أحداث أعراض الفصام وحتى نماذج الفصام لدى حيوانات التجارب مثل الامفيتامين.

وبدأ بعد ذلك اكتشاف العديد من مستقبلات الدوبامين ومعرفة دور كل منها في مناطق مختلفة من الدماغ، بحيث أصبح من الممكن التفريق بين الدوبامين في الجهاز الطرفي والفص الأمامي ((dopaminergic mesocortical and mesolimbic systems). ومنذ مطلع التسعينيات أصبح السيروتونين بمستقبلاته العديدة جزء هام ومكمل للخلل الحادث في المرض، والطريقة التي تعمل بها مضادات الذهان الحديثة التي تسمى المضادات اللانمطية، لأنها لم تعد تعمل فقط على الدوبامين بل أصبحت تعمل على السيروتونين ايضا، ومن المعروف أن هناك انتشار واسع لوظائف السيروتونين، مثل تنظيم المزاج والنوم والعنف. (Bourke , J. & Castle , M. 2008)

أحداث الحياة

إن أدبيات أحداث الحياة تعود إلى السبعينيات من القرن الماضي والتي ربطت بين الأحداث الضاغطة والمزعجة والأعراض بشكل عام، ومن المؤكد أن هناك زيادة في معدل حدوث هذه الضغوط في الشهر الذي يسبق نوبة الفصام الأولى أو الانتكاسات اللاحقة وبالتالي فان هذه الأحداث الظروف التي مر بها الإنسان قادرة على إظهار المرض الذي كان الفرد يحمل الاستعداد الوراثي له.

وعلى جميع الأحوال فإنه بالممارسة العملية قد تكون أحداث الحياة التي تذكر هي فعلاً نتيجة للمرض وليس سببه، مثل أن يرسب الطالب في الجامعة بعد أن كان متفوق ويكون ذلك بسبب بداية أعراض الفصام ويبدو ظاهرياً كأن المرض هو نتيجة للرسوب مع أن الرسوب كان مؤشراً لبداية الأعراض.

التعبير العاطفي

هذا المفهوم عرف في أبحاث الفصام منذ بداية السبعينيات عندما لوحظ أن المرضى المصابين بالفصام بعد خروجهم من المستشفى إلى بيوتهم وعائلاتهم كانوا أكثر عرضة للإنتكاسة من المرضى الآخرين الذين خرجوا إلى نزل خاص بالمرضى، وعند تقصي ما يحدث لهؤلاء المرضى تبين أن هناك زيادة في التعبير العاطفي في أجزائه الثلاثة وهي : التدخل الزائد والنقد الكثير والعدوانية ضد مريض الفصام (سرحان،2000)، والتي كانت كافية لزيادة معدلات الانتكاس وكانت الدراسات

تشير دائماً إلى أن وجود المريض أكثر من 35 ساعة في الأسبوع في احتكاك مباشر بالأسرة يرفع الانتكاس، وهذا الذي أدى إلى فكرة المراكز والمستشفيات النهارية للابتعاد عن هذه الأجواء .

وبقي السؤال قائم إذا ما كان هذا التعبير العاطفي الزائد يحدث بعد المرض ويساعد في الانتكاس أو أن له جذور في المرض، وساهمت بشكل واضح في ظهوره، وهذا المفهوم قد حل مكان مفاهيم كثيرة كالأم الفصامية، التي سادت في الستينيات وكان يعتقد أن هناك نماذج للأمهات اللواتي يعطين رسائل متناقضة للطفل مما يؤدي إلى ارتباك في تفكيره وحدوث الفصام، والتي لم تثبت صحتها في البحوث العلمية الجيدة (قاسم،2008).

الأمراض العضوية

من المعروف أن هناك أمراض في الجهاز العصبي وتؤدي إلى أعراض شبيه بالفصام، على سبيل المثال: زهري الجهاز العصبي، الحمى المخية، وأورام الفص الجبهي والصدغي (متولي، 2004)، بالإضافة إلى اضطرابات في الغدد الصماء والهرمونات، فعلى سبيل المثال فإن الهبوط في وظائف الغدة الدرقية قد يؤدي إلى أعراض شبيهة بالفصام وهناك من الدراسات تثبت أن مرضى الفصام لديهم احتمال اكبر لوجود خلل في الغدة الدرقية (متولي،2004). كما أن هناك ملاحظة بأن الفصام يندر حدوثه قبل البلوغ ويزداد في فترات تغير الهرمونات مثل الولادة وتوقف الدورة الشهرية، وكما أن اضطرابات الغدة الفوق كلوية في مرضي كُشنج واديسون تظهر أعراض شبيه بالفصام .

المؤثرات العقلية والعقاقير

من المعروف في الدراسات المختلفة والخبرة العملية أن استعمال العقاقير المخدرة والمنشطة والمهلوسة تؤدي لظهور أعراض شبيهة بالفصام (كيلاج، جانسن، 1990) وقد تنتهي بالفصام المستمر، وأكثر العقاقير شهرة في ذلك هو الامفيتامين وفي منطقة الشرق الأوسط أهم عناصر الامفيتامين هو الكبتاغون. ومؤخراً ذكرت الدراسات أن الحشيش يساعد على ظهور الفصام وفي سن مبكراً. هذا بالإضافة إلى أن مرضى الفصام قد يسيئوا استعمال العديد من المؤثرات العقلية سواءاً الهيروين والكحول والكوكايين والمهدئات والأدوية المضادة للباركنسون.

أنواع علاج للفصام:

إدارة الفصام

ليس هناك علاج معروف شافي لهذا المرض فان إدارة الفصام بهدف السيطرة على الأعراض ومنع الإنتكاس وقد بدأت المحاولات منذ زمن طويل في تاريخ الطب، ولكن مع بداية القرن العشرين استعملت نوبات الصرع لحقن المريض بعقار كارديازول (Cardiazole) كما فعل الطبيب البولندي مودونا على أساس أن الصرع والفصام ولا يلتقيان. واستمرت فكرة نوبات الصرع إلى الثلاثينيات عندما قام سيرتيلي وبيني في ايطاليا بتصنيع جهاز كهربائي يوصل شحنة للدماغ لإحداث النوبات، وأصبح في الأربعينيات العلاج في الاختلاج الكهربائي أساسي في ادارة الفصام، كما ظهرت فكرة إعطاء الأنسولين حتى يدخل المريض في غيبوبة نتيجة هبوط السكر بالدم ثم يعطى الكلوكوز بالوريد ويصحو والهدف من ذلك تخفيف أعراض الفصام ولكن كان له عواقب وخيمة كأن يموت بعض المرضى، ولاحقاً في الستينيات عندما أجريت دراسات مقارنة حول علاج حالات في الاختلاج الكهربائي في الفصام تبين عدم جدواه وأنه مفيد في علاج حالات الإكتئاب وهذا ما كان قد أشار الرازي إليه قبل ألف عام عندما كتب (وفي داء الصرع علاج عجيب للمنوخوليا) والذي يقصد به الإكتئاب الشديد والذهان (Lewis &Lieberman ,2000)

أما الجراحة النفسية التي بدأها ميونيز واعتمدت في البداية على ازالة جزء من الفص الأمامي ثم تطورت إلى أشكال متعددة لم يثبت أن لها دور في معالجة الفصام، وكانت مضاعفاتها شديدة وخطيرة مما أدى إلى الوفاة.

وفي إدارة الفصام يطرح السؤال عادة فيما إذا كان المريض يتمتع بوجود البصيرة المرضية أو عدمها لأن هذا ما يحدد مدى تعاونه في العلاج، بالإضافة إلى إمكانية رعاية المريض في بيته من قبل أسرته ام لا، وبعد أخذ هذه العوامل ومناقشتها مع ذوي المريض يتخذ قرار بإدخال المريض للمستشفى والذي قد يكون ادخالاً طوعياً أي بموافقة المريض، وفي حالات أخرى يكون ادخالاً قسرياً نظراً لعدم تعاون المريض وخطورة حالته على نفسه والمحيطين به، لذلك فإن قوانين الصحة النفسية في كل بلد تضع أسس الإدخال القسري، وهذا هو الحال في الأردن اذ يشمل قانون الصحة العامة على باب مخصص للصحة النفسية وفيما بعد لا بد من اتخاذ القرار في المدة اللازمة لبقاء المريض في المستشفى، وبعد خروجه تتم معالجته في المجتمع من جديد، وظهرت خلال العقود الماضية أشكال متعددة للمساعدة في ادارة المريض النفسي كالفصام خاصة، مثل المستشفيات النهارية التي يقضي بها المريض وقته، ويذهب المريض إلى بيته ليلاً والمراكز النهارية لرعاية الحالات المزمنة والتي يكون وجودها في البيت له أثر سلبي على استقرار الحالة .

العلاج الدوائي

بدأ العلاج الدوائي بعقار الكوروبورمازين (لارجكتيل) عام 1952 في فرنسا (عكاشة،1998) واستمر ظهور العقاقير المختلفة في نفس المجموعة التي تسمى مضادات الذهان النموذجية على شكل أقراص وإبر بالوريد والعضل وابر طويلة المفعول وهي مضادات مستقبلات الدوبامين D2(Kaplan،H.&Sadock,B.,1996). ولكن الأعراض الجانبية لهذه المجموعة من الأدوية كانت دائماً مزعجة للمريض فهناك الرجفة والتخشب العضلي والأعراض الشبيهة بمرض باركنسون والتقلصات العضلية والحركات اللاإرادية. ومنذ مطلع التسعينيات بدأ الجيل الثاني في هذه الأدوية لمضادات الذهان اللانمطية وكان أولها كلوزابين(Clozapine) وتسارع ظهورها مع تحسن فعاليتها وتقليل أعراضها الجانبية مما أدى إلى نقله كبيرة في تحسن المرضى ومآل الفصام بشكل عام.

ومن المعروف أن التحدي الرئيسي الذي يعترض العلاج الدوائي هو عدم التزام المريض به وهذا يؤدي للانتكاس بشكل متكرر ومتعب للمريض وأسرته، ومعروف أنه كل انتكاسة أن المريض يتضرر نفسياً وعصبياً واجتماعياً، ويضعف تجاوبه مع هذه الأدوية، ومدة العلاج في هذه الأدوية بأي حال من الأحوال هي طويلة وقد تكون دائمة. كثيراً ما يستعمل عقاقير أخرى كالمهدئات ومضادات الإكتئاب ومثبتات المزاج حسب ما تقتضيه الحالة.

المعالجات النفسية

على مدى عقود ساد اعتقاد بأن دور المعالجة النفسية في الفصام معدومة أو محدودة، ولكن خلال السنوات الأخيرة أصبح من الواضح أن المعالجات النفسية يجب أن تكون جزءاً رئيسي في برنامج ادارة حالات الفصام. ودلت الدراسات على أن العلاج السلوكي المعرفي، فعال في التخفيف من أعراض الفصام وفي امكانية اقتناع المريض بوجود المرض وضرورة العلاج بحيث يوجه هذا للمريض فاقد البصيرة، مما يؤدي بالتالي للالتزام الأكثر والأدق في المعالجة الدوائية. كما أنه من المعروف أن المعالجة الأسرية تؤكد على التعاون بين الفريق النفسي المعالج وأسرة المريض، مما يتيح المجال لتخفيف في تعبير العاطفي بجوانبه الثلاث. كما أن المعالجة الأسرية النفسية تضع أسس واضحة لمدى توقعات الأسرة وحدودها وبالتالي تغيير سلوك الأقارب ونظام معتقداتهم وعن المرض والمريض، وقد دلت الدراسات المتكررة على أن التدخل النفسي العائلي يقلل من الإنتكاس وإعادة الدخول للمستشفيات. وحيث أن مرض الفصام يعصف بالأسرة والفرد ويؤدي إلى الكثير من المشاكل الاجتماعية، فإن الأسرة والمريض يكونوا بحاجة للكثير من الدعم النفسي والإرشاد والتثقيف والتعليم. (BellackAS&Musesr.KT، 1993).

ومن الأساليب التي تفيد مرض الفصام: التدريب على المهارات الإجتماعية لتحسين قدرتهم على التعامل مع الناس بالمجتمع، وأن العلاج النفسي التحليلي غير مستعمل بالفصام (Bellack AS , 2001).

المعالجات الاجتماعية

بعد توفير المعالجات الدوائية والنفسية يصبح من الضروري الاهتمام بتأهيل المريض وبعودته للمجتمع والحصول على الوظيفة أو العمل المناسب والنشاطات المختلفة خلال اليوم والدعم الاجتماعي ودعم الأسرة، وعندما يتوفر نظام الضمان الاجتماعي فإن هناك أبعاد مالية مهمة يجب أن تتحقق للمريض مثل بدل بطالة وبدل اعاقة المريض وتوفير السكن المناسب. وتقوم بالعادة مؤسسات الخدمات الصحية والاجتماعية بهذه المهام في الدول المتقدمة ويقوم بهذه المهام الباحثين الاجتماعيين النفسيين بحيث يتمكنوا من توفير الرعاية الانسانية الملائمة للمريض في المجتمع (Bourke , J. & Castle , M. 2008)

النظريات التي تفسر الفصام

يعود تفسير الفصام حسب الأدبيات والدراسات إلى أنه قد يكون ناجماً عن تفاعل معقد من العوامل البيولوجية والوراثية والنفسية والاجتماعية:

أولاً: النظريات البيولوجية: تركز على: نظرية الوراثة (الجينات)، خلل في تركيبة الدماغ، سواء في تجاويفه أو في مواده البيوكيماوية والناقلات العصبية.

نظرية الوراثة (الجينات) تنقسم إلى ثلاث نظريات رئيسية:

1. **نظرية الجين الواحد**: حيث تفترض هذه النظرية انتقال المرض يتم عن طريق جين واحد، فإن وراثة المرض يتم طبقاً لقواعد مندل الوراثية.
2. **نظرية كارلسون –النظرية الثنائية (اثنين من الجينات):** تفترض هذه النظرية وجود جين مسيطر وجين كامن وكل واحد يورث بصورة مستقلة، وعملاً بهذه النظرية فإن الإمكانية الاحصائية لتركيب الجين المؤدي للفصام يمثل نسبة 1%، ويرى كارلسون أن التركيب الوراثي يعطي لصاحبه استعداد أقل لمقاومة الإرهاق.
3. **نظرية الجينات المتعددة:** ترى هذه النظرية أن هناك عدد غير محدد من الجينات التي تحمل على الكروموسومات، فإن تجمع العدد الكامن من هذه الجينات فإنها تحدث الفصام وتفيد هذه النظرية بأن الوراثة لا تأتي عن طريق وراثة خطأ بيوكيماوي وإنما الذي يورث هو الاستعداد لتكوين المرض.

حيث يتضح أن الوراثة تأتي على شكل استعداد موروث للإضطراب السيكو وباثولوجي وأن الفصام هو نتيجة لتفاعل الاستعداد الوراثي مع عوامل فعالة أخرى في المحيط (كمال،1987).

- **نظرية الخلل في تراكيب الدماغ:** بينت الدراسات البيوكيماوية لبنية الدماغ أن المصابين بالفصام المزمن لديهم تجاويف دماغية واسعة في تلك المساحات التي تحتوي على السائل النخاعي المخي الشوكي وهذه التجاويف لها علاقة ارتباطية بالضعف المعرفي (golden et al،1980) وهذا قريب من رأي كربلين.
- **النظرية الكيماوية الحيوية** تفسر الفصام بازدياد الناقل العصبي الدوبامين في الدماغ الذي يعمل على نقل الحوافز العصبية في الجهاز الجافي للدماغ (صالح، 2008)

حيث أضاف سرحان 2009 أن الزيادة في عدد المستقبلات الدوبامينية وعدم التوازن في الموصلات العصبية هي الحافز لأعراض الفصام.

ثانياً: النظريات النفسية

- **النظرية التحليلية :** من وجهة نظر فرويد فان فكرته الأساسية عن الفصام،هي أنه حاله من النكوص إلى المرحلة الفمية النرجسية حيث يتمايز فيها الأنا عن الهو فيفقد الفرد الاتصال بالواقع (صالح،2008) ويتلخص اهتمام السيكو دينامية في معالجة العمليات في اللاوعي وأن أسباب الفصام هي اضطرابات داخلية تؤدي إلى الفصام، بسبب الصراع الذي لم يحل بين القوى الثلاث (الهو، الأنا، الأنا العليا) والتي تم قمعها في اللاوعي،حيث تعمل الأنا على محاولة استعادة سيطرتها على الهو فتظهر تلك الصراعات على شكل هلاوس سمعية وذلك محاولة من الأنا لاستعادة نفسها .

ويرى سلفيان: أن الفصام يمثل انسحاباً تدريجياً منذ الطفولة من الناس الآخرين ويستمر الطفل في هذه الدائرة إلى أن يصل إلى مرحلة الرشد فيصبح مغموراً بالقلق في مواجهة التحديات إلى ان ينتهي الأمر بالانسحاب التام، فتتعطل لدية إمكانياته العقلية المتعلقة بالاتصال والادراك والتفكير المنطقي، التي تشكل الاتصال بالواقع وهي ما نسميه بالفصام الناتج عن التراكمات التدريجية للانفصال عن العلاقات الاجتماعية (صالح،2008).

- **النظرية السلوكية:** يركز السلوكيين على تفسير الفصام من خلال مبدأين حيث يرون كل شخص تمر عليه لحظات من الكدر، ولكنها تتباين في حدتها وأحياناً تكون حادة وأخرى حقيقية، والمبدأ الثاني أنهم يرون أن التفاعل بين سلوك الفرد وبيئته يؤثر في تطور ومسار الاضطراب، فالشخص الذي يكون مهدد بأعراض الفصام تنخفض كفاءته في التعرف

بفاعليته في عدد من ميادين حياته المهمة. ويهدف السلوكيين إلى زيادة قدرة الفرد وتعزيز كفاءته الوظيفية.

حيث يَعزون الإصابة بالفصام إلى التعزيزات التي تلقاها الفرد في مجرى حياته بشكل غير مقصود لاستجابات شاذة غير عقلانية، فيظهر الفصام.

- **النظرية المعرفية**: يشير المعرفيين إلى أهمية عمليات التفكير في تفسير الفصام، حيث اهتموا في تفسير الفصام من خلال عمليات التفكير الخاطئة.

ثالثاً: النظريات الاجتماعية:

نظريات الأسرة: هناك اتفاق عام حول دور الأسرة في التطور النفسي الاجتماعي للفرد، بالمقارنة مع أي عنصر آخر في المجتمع، حيث يمكن أن تكون الأسرة هي السبب الأول كما يرى سلفيان أنه يحمل الأسرة المسؤولية الكبرى في نشوء المرض.

وركزت هذه النظرية على العلاقة بين الأم وابنها ولمساهمتها في تطور الفصام (الأم المورثة للفصام) وتفترض هذه النظرية أن الأم تتصف بالبرودة والسيطرة وأنها كانت قد عاشت في أسرة تتصف في الصراع بين الوالدين، وتتصف هذه الأم بالرفض والحماية الزائدة والتضحية بالذات وغير منفتحة مع الأخرين وصارمة بخصوص الجنس، خوفا من الألفة والصداقات الحميمية.

ويفترض باتسون أن قرب الأم من طفلها لا يطاق وهذا فإنها تدفع الطفل بعيداً عنها، فعندما ينسحب تتهمه أنه لا يحبها. (صالح،2008) وتذهب هذه النظرية إلى أن الفصام ينشأ من تعرض الطفل لمؤثرات شديدة من الوالدين تتميز بهذا الترابط المزدوج (سرحان،2009)

وفي أسر الفصامين يسود أنماط من التباين في الاتصال بين أفرادها وكما يرى (helginan&whitbarn 2003) أن الجو الانفعالي للأسرة يؤثر في نشوء الفصام لذلك الطفل الذي يمتلك الاستعداد للإصابة بهذا المرض.

نسب انتشار الفصام

نسبة انتشاره من بين الأمراض النفسية ليست بالقليلة وتشكل ما نسبته واحد لكل عشرة ألاف شخص. (سرحان،2000). وكما أشار أيضا سرحان (2000) أن احتمالية الاصابة بالفصام تزداد كلما زادة درجة القرابة كما توضحه النسب التالية:

%5.6 الوالدين

%10.1 الأخوة والأخوات

%60 التوائم المتشابهة

%10 التوائم غير المشابهة

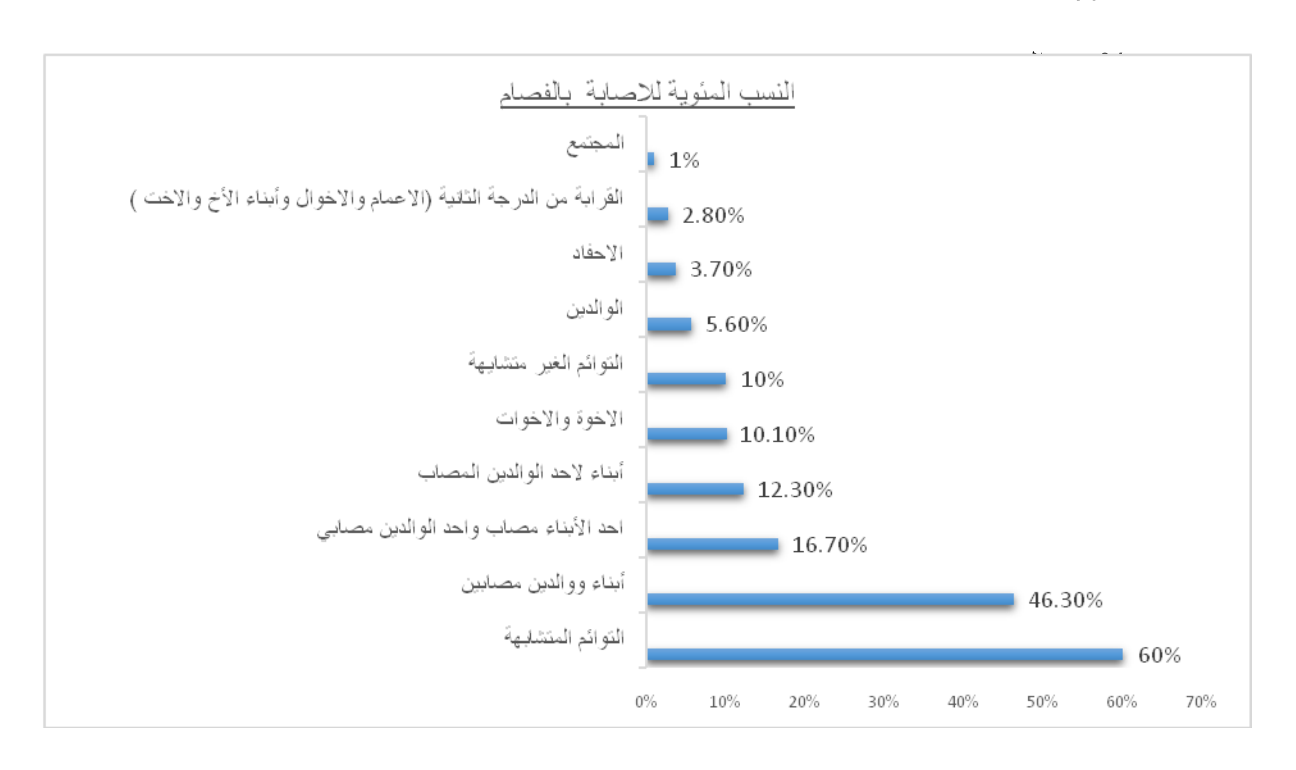
%16.7 عندما يكون أحد الأبناء وأحد الوالدين مصابين

%12.8 أبناء لأحد الوالدين المصاب

%46.3 أبناء ووالدين مصابين

%2.8 الأعمام، الأخوال، العمات، الخالات، أبناء الأخ، أبناء الأخت.

%3.7 الأحفاد



شكل رقم (2) علاقة الشخص مع مرض الفصام

مآل الفصام

إن مسيرة المرض تختلف من شخص لآخر ومن بيئة لأخرى وتخضع لكثير من العوامل والظروف المحيطة والعوامل الشخصية، ولكن الفصام يعتبر مرض مزمن فيه انتكاسات وتحسن وأن 20-25 % يصابون بانتكاسه واحدة لا تتكرر ومن حيث أن 50% تتكرر انتكاساتهم ودخول المستشفيات، وأن 10%من مرضى الفصام ينتهي بهم الأمر بالانتحار وأكثر الاشخاص احتمالاً بالانتحار هم المرضى من الشباب في مقبل العمر الحاصلين على تعليم عالي ولديهم بصيرة بمرضهم. ومن المعروف أيضاً أن العمر المتوقع لمرضى الفصام يقل بعشرة سنوات عن معدل أعمار الناس بالمجتمع، وذلك بسبب الإنتحار وزيادة التدخين والحرمان المادي والاجتماعي واهمال الغذاء والتعرض للحوادث، وقد أصبح من المعروف أيضاً الذين يتابعون علاجهم على الأدوية الحديثة يزيد من احتمال الوفيات نتيجة أمراض القلب ومضاعفات السكري

ومن الملفت للانتباه أن مآل الفصام أفضل في الدول النامية مقارنة بالدول المتقدمة والسبب في ذلك غالباً ما يكون الدعم الأسري والاجتماعي والتقبل من المجتمع للمريض بعد شفائه، ويرتبط المآل الجيد بالفصام بعدة عوامل وهي : الإناث المتزوجين، بدء المرض بسن أكبر، حدوث المرض بشكل مفاجئ وليس تدريجي، دور المرض نتيجة احداث الحياة، قصر مدة المرض قبل البدء بالعلاج، التجاوب الجيد مع العلاج، والنوع الزوري من الفصام، عدم وجود أعراض سلبية، وجود مظاهر اضطراب مزاجية واضحة عند المريض، وتاريخ عائلي لاضطراب المزاج، والأداء الحياتي الجيد قبل المرض

الدراسات السابقة:

في دراسة أجراها فرجاني (1993) لنوعية الحياة في الوطن العربي، هدفت إلى تحديد مفهوم وقياس جودة الحياة في الوطن العربي في السياق الدولي، اعتمد على مشروع حقوق الإنسان والشعب في الوطن العربي لبلورة مفهوم جودة الحياة، وتوصل لمكونات المفهوم العربي لجودة الحياة ومنها الحقوق الفردية التي تتمثل بثلاث أبعاد وهي السلامة الشخصية، حرية الرأي والتعبير، حرية الفكر والاعتقاد، حرية الحياة الخاصة، والحقوق الجمعية التي تتمثل بأربع أبعاد: تكوين الأسرة، الرعاية الاجتماعية والصحية، مستوى معيشة لائق، التعليم

وفي دراسة طولية قام بها pogue- Geile and Horrow (1985)، لتقييم ومتابعة الأعراض الايجابية والسلبية في مرضى الفصام عددهم 39 فرد كانت مدتها من سنتين ونصف إلى خمس سنوات بعد خروجهم من المستشفى، تم ملاحظة الأعراض السلبية وتبلد المزاج وفقر الكلام في التقييم الأولي ولاحقا تم التنبؤ بفقر الأدوار الوظائفية في المتابعة الثانية، واعتبرت النتائج أن المعدل الكلي للأعراض السلبية ذو معنى وارتباط مع كل الوظائف في المتابعة الاولى، وكذلك في المتابعة الثانية وجد أن هناك ارتباط بين الأعراض السلبية وضعف الوظائف.

في دراسة أجراها Reine ,Lancon Di tucci , Spin and Auquier، سنة 2003 للتحقق من تأثير المزاج على جودة حياة المريض بالفصام .عملوا على تقيم العلاقة بين الإكتئاب وجودة الحياة لمريض الفصام المزمن، وتقييم العلاقة بين الأعراض وجودة الحياة على عينة تتكون من 67 فرد من المرضى وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود اختلافات ذات معنى في جودة الحياة مع النوع الإجتماعي والمستوى التعليمي أو خلال فترة العلاج والتشخيص. وأظهرت أن هناك فقط عاملين لهما علاقة ودلالة على جودة الحياة حسب مقياس الأعراض السلبية والإيجابية للفصام، وهما العوامل الإكتئابية والأعراض السلبية ذات العلاقة بجودة الحياة.

في دراسة اجراها درادكة والحبيب (2005)، لجودة الحياة في الفصامين من النمط الثاني، لدى عينة تتكون من 211 مريض فصامي من مراجعي العيادات الخارجية في مدينتي اربد – الأردن، والرياض – السعودية، هدفت لدراسة الجنس والحالة العائلية والعمل والتعليم والأعراض الذهانية وغير الذهانية وخلصت الدراسة إلى عدم وجود علاقة ذات معنى بين الجنس والحالة العائلية من جهة وبين جودة الحياة من جهة اخرى وكانت النتائج بين التعليم والتوظيف وبين جودة الحياة ذو دلالة، وجودة الحياة أفضل في المرضى الذين لا يعانون من أعراض ذهانيه او يعانون من الأعراض ذهانيه بشكل أقل، وتبين أن 25% من أفراد العينة يتمتعون بجودة حياة معقولة على الرغم من مرضهم

أشار كاظم والبهادلي عام (2009)، في دراسة هدفت إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ودور متغير البلد (ليبيا، عمان) والنوع (ذكر، أنثى) والتخصص (انساني، علمي) في جودة الحياة، على عينة من الطلبة عددها 400 طالب وطالبة. وقد أشارت النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة كان مرتفعاً في بعدي الجودة هما: جودة حياة الأسرة والاجتماعية، وجودة التعليم والدراسة، ومتوسطاً في بعدي الصحة العامة وجودة الشغل ووقت الفراغ، ومنخفضة في بعدي الصحة النفسية وجودة الجانب العاطفي، أما في متغير النوع الإجتماعية فقد كان الذكور أعلى جودة في الصحة العامة وجودة العواطف وجودة شغل وقت الفراغ وادارته.

وفي دراسة انتشار مصاحبات الضرر الجسدي والنفسي لمرضى الفصام على عينة تتكون من 98 مريض فصام في مصر، ولتقييم الأعراض الإيجابية والسلبية واضطراب ما بعد الصدمة، أظهرت أن أكثر من نصف العينة تعرضت لإساءة جسدية وجنسية قبل ظهور المرض، وتبين أن الاعتداء الجسدي الملحوظ كان أكثر على الذكور بمقارنته بالإناث، حيث أن الايذاء الجسدي كان أكثر بالإناث بمقارنته بالذكور وكما قارنت الدراسة بين أعراض المساء إليهم وغير المساء إليهم فأظهرت العينة المساء إليهم انخفاض في التقييم العام لمقياس الأداء. ولكن لا يوجد فروق في الأعراض الذهانية. (عمرو، الوصفي، أمين، روي، 2012).

وفي دراسة قام بها Alshowkan, Cutis, & White (2013) هدفت لاستكشاف و لتحسين جودة حياة مريض الفصام على عينة مقصودة من العيادات الخارجية النفسية شملت (159) مريض من كلا الجنسين باستخدام استبيان لانكاشير- النسخة الأوربية، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج : وجود فروق ذات دلالة بينت أن المصابين بالفصام أظهروا رضاهم عن دينهم بنسبة 82% وغير راضين عن عملهم بنسبة 23.2% وعن أنشطتهم الترفيهية بنسبة 25.2% و وضعهم المالي 24% ومقارنة بين الذكور والإناث أظهرت الإناث رضا أقل في جودة الحياة عن الذكور، وبالنسبة للمستوى التعليمي أن المصابين بالفصام ذوي التعليم المنخفض أقل رضا بجودة الحياة من ذوي التعليم العالي .

في دراسة أجريت من قبل Margariti,et al . (2014)، هدفت للكشف عن الأعراض النفسية والدور الغامض للاستبصار وارتباطها بجودة الحياة، وشملت العينة (72) فرد من المرضى المراجعين والمشخصين باضطراب طيف الفصام والمقيمين على مقياس الأعراض السلبية والإيجاب ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالميةWHO، وخلصت الدراسة إلى وجود ارتباط عكسي بين الاستبصار وجودة الحياة، وبين ان الأعراض النفسية والأعراض الإكتئابية كانت أكثر مساهمة في التأثير على جودة الحياة، ومن خلال التحليلات الارتباطية لتأثير الادراك على

استمرارية المرض مع وجود جودة حياة كانت أكبر مع الأعراض الإكتئابية، وتشير النتائج إلى علاقة عكسية بين الاستبصار وجودة الحياة بوجود جزء من أعراض الاكتئاب .

وفي دراسة ل Gholamrezaeeyn and Passha (2014) هدفة لدراسة التحقق من العلاقة بين معتقدات ما وراء المعرفة والأعراض السلبية والايجابية و جودة الحياة لمرضى الفصام النزلاء في مركز DezfoulShafa حيث تم مقارنة 118 فرد (50) اناث و (68) ذكور من المرضى واستخدم أداتين لتقيم جودة الحياة ولتقييم الأعراض السلبية والايجابية، وخلصت الدراسة إلى وجود ارتباط ذو معنى للمعتقدات الماوراء معرفية والأعراض السلبية والإيجابية مع جودة الحياة لكلا الجنسين من مرضى الفصام، وكذلك اشار الانحدار متعدد المتغيرات أن التنبؤ الأفضل لجودة الحياة بين الذكور والإناث في الأعراض السلبية .

في دراسة أجراها Saharan& Bhaskar(2014)، حول المرض النفسي ونوعية الحياة في محاولة الإنتحار، حيث أن الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية وسوء نوعية الحياة معرضون لخطر متزايد للانتحار .وكان الهدف من هذه الدراسة مقارنة نسبة انتشار المرض النفسي ودراسة نوعية الحياة في الناجين بعد أول محاولة انتحار، وتمت مقارنة 100 حالة من أول محاولة الانتحار لمجموعة الدراسة مع عدد متساوي من عينة تم اختيارها عشوائيا للمجموعة الثانية تم استخدام الجدول الزمني للتقييم السريري في الطب النفسي (SCAN) Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry وال ICD-10 لتشخيص الأمراض النفسية، وكذلك تم استخدام غيرها من الأدوات لتقييم القلق والاكتئاب . وتم تقييم نوعية الحياة في كلا المجموعتين بمقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمي WHOQOL-BREF. وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين قاموا بأول محاولة انتحار من الذين كان تقييمهم مرتفع بالنسبة للمرض النفسي وكذلك ممن تم تقييمهم بالاكتئاب الحاد وانخفاض نوعية الحياة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة .

في دراسة أجراها . Fu Zhi et al (2015) , هدفت لاستكشاف أثر التدخل المشترك للتعليم والاسترخاء العضلي على نوعية الحياة والاعاقة الوظيفية والأعراض الإيجابية للمرضى المصابين بالفصام الحاد، على عينة عشوائية من مرضى الفصام في الصين، حيث تم تقيمهم على مقياس نوعية الحياة ومقياس الإعاقة الوظيفية ومقياس الأعراض الإيجابية، لجميع المرضى خلال 72 ساعة قبل التدخل وفي نهاية الأسبوع الخامس، تم تقيمهم بعد التدخل حيث أظهرت النتائج اختلافات كبيرة بين التدخلات في تحسين نوعية الحياة والإعاقة الوظيفية والأعراض الإيجابية، فيما كان التدخل مع التعليم أظهر نتيجة أفضل من التدخل مع الاسترخاء .

قام .Hayhust et al (2014) بدراسة للتعرف على مصداقية التقييم الذاتي لنوعية الحياة لدى مرضى الفصام بمقابل التقييم الموضوعي، على عينة تتكون من 80 مريض فصام واستخدمت مقياس جودة الحياة لانكاشير للتقييم الذاتي (Lancashire Quality of Life Profile ,LQOLP) ومقياس هينريش للتقييم الموضوعي (Heinrich's Quality of life Scale ,QLS)، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن التقييم الذاتي لمرضى الفصام الذين تظهر لديهم أعراض إكتئاب تقييم منخفض لنوعية الحياة بمقابل أن التقييم الذاتي لمرضى الفصام الذين يفتقدون البصيرة كان مرتفع بالنسبة لمقياس نوعية الحياة، وهذا مؤشر مهم وذو فائدة لتفسير نوعية الحياة لدى مرضى الفصام .

في دراسة قام بها Kay et al(1987) لمقياس الأعراض الإيجابية والسلبية (PANSS) لمرضى الفصام، أظهرت نتائج البحث للمتغيرات السلبية والايجابية لمرض الفصام تأكيد الخصائص المعيارية الجيدة لتقنيات الأداة وقاموا الباحثين بتطوير التقارير الأولية والمعيارية للمقياس الأعراض الايجابية والسلبية لتقييم الأبعاد الطوبوغرافية، حيث استندوا إلى نظامين لتصنيف الأمراض النفسية، وتم تصميم ال PANSS من 30 بند تطبيقي. وهي آداه حساسة وتوفر التمثيل المتوازن للأعراض الايجابية والسلبية وتقيس العلاقة بين بعضها وبين الأمراض النفسية العامة وتشكل أربع مقاييس للأعراض الايجابية والسلبية من حيث الفروق والشدة للمرض بشكل عام، وتمت الدراسة لعينة من مرضى الفصام تتكون من 101 مريض، حيث ساهمت أربع مقاييس في موثوقية وثبات عالي للمقياس، حيث كانت الارتباطات بين العبارات الايجابية والسلبية عكسيا مع الأعراض المرضية النفسية، مما يدل على وجود علاقة تبادلية ثابته وفي مراجعة لخمس دراسات سابقة قدمت كدليل للمقياس وحساسيته للأعراض وفائدته للتقييم الأبعاد الطوبوغرافية .

هدفت دراسة أجراها Michel et al (2015) لكيفية تفسير استبيان نوعية الحياة المتعدد الأبعاد للمرضى الذين يعاون من الفصام، لعينة تتكون من 514 مريض فصام تم تصنيفهم إلى ثلاث فئات حسب مستويات نوعية الحياة التي تم تصنيفها باستخدام اسلوب (CUBT) الهرمي وهي منخفض، معتدل، مرتفع، قد تفيد الأطباء في تفسير نوعية الحياة للمرضى حيث تم مقارنة الأبعاد

الديموغرافية الاجتماعية والاكلينيكية ونوعية الحياة بين المجموعات الثلاث لضمان الأهمية الاكلينيكية، وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين كانوا ضمن المستوى المرتفع لنوعية الحياة انخفض معدل الأعراض الايجابية والسلبية وانخفضت درجة الاكتئاب، فيما أظهرت أيضا أن ارتفاع الدرجة على التقييم الأدائي ارتبط بارتفاع الدرجات على نوعية الحياة أي أن العلاقة طردية بين بعدي نوعية الحياة والأداء .

في دراسة لـ Yoo, So Yeon (2014) أجرها لتطوير نموذج التنبؤ لاستكشاف نوعية الحياة للمرضى الذين يعانون من الفصام في كوريا الجنوبية والعوامل المتعلقة بنوعية الحياة، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي والرفاه النفسي العاملان الأكثر تضرراً في نوعية الحياة لمرضى الفصام بينما الأعراض والتمكين ووصمة العار المرضية لم تؤثر على نوعية الحياة، ومع ذلك فإن الأعراض والدعم الاجتماعي والتمكين ووصمة العار حُددت كمتغيرات تؤثر في مرض الفصام الا أنها تؤثر في نوعية الحياة من خلال الرفاة النفسية. وهذه النتائج تشير إلى أن نوعية حياة المرضى الذين يعانون من الفصام ينبغي أن تدرس من خلال متغيرات الرفاه النفسي المتعددة المتعلقة بنوعية حياة البعض المتأثرة بالرفاة النفسي.

في دراسة أجرها Laura Hayes, et al.(2015) لنوعية الحياة والعزلة الاجتماعية بين مقدمي الرعاية للبالغين الذين يعانون من الفصام، ل60 مقدم رعاية استرالي أظهرت نتائج الدراسة لهذه العينة احتمال أن تكون العزلة الاجتماعية ونوعية الحياة أقل من العينة الضابطة بالنسبة لهذين البعدين، وهذا يظهر أن مقدمي الرعاية للمرضى الفصام يعانون من تحديات كبيرة لسلامتهم ودعم الأشخاص المصابين بالفصام يزيد عن 40% كفيل بإصابتهم باضطرابات نفسية.

في دراسة أجراها Clarca R Medici , et al. (2014) هدفت لدراسة العلاقة بين نوعية الحياة والخصائص الإكلينيكية لمرضى الفصام، وشملت الدراسة حالات مشخصة حديثاً والحالات المشخصة سابقاً (فترة المرض)، وجرعة الأدوية المضادة للذهان، ووزن الجسم، والتدخين، لعينة تتكون من 82 مريض فصام حيث تم استخدام مقياس جودة الحياة النوعية لمنظمة الصحة العالمية المختصر تتكون من أربع أبعاد : جسدي، نفسي، اجتماعي، بيئي، حيث أظهرت النتائج أن زيادة الوزن تؤثر في نوعية الحياة عكسياً على بعد الجسمي والنفسي والبيئي، وكذلك أظهرت ارتباط جرعة الدواء المضاد للذهان طردياً في نوعية الحياة على الأبعاد الجسمي والنفسي والبيئي مع الحالات المشخصة حديثاً، وأن التدخين يؤثر في نوعية الحياة عكسياً مع الحالات المشخصة حديثاً على البعد الجسمي، علماً أن العلاقة بين فترة المرض والنوعية الحياة علاقة طردية .

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات:

يتناول هذا الفصل وصفاً لعينة الدراسة، وأدواتها ودلالاتها وصدقها وثباتها، وإجراءات الدراسة وتصميمها الإحصائي.

منهجية الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي وذلك لملائمته لمتغيرات الدراسة الحالية.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من المرضى المشخصين بالفصام، الذين يراجعون عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان.

عينة الدراسة:

تم اختيار عينه متاحة مكونة من (78) مريض فصام من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في مدينة عمان(49) ذكور، (29) إناث وأعمارهم فوق 18 عاماً. وتمثلت النسب المئوية للعينة حسب البيانات الديموغرافية كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (1) نسب وتكرارات أفراد العينة حسب البيانات الديموغرافية

الرقم	نوع المتغير الديموغرافي	فئات المتغير الديموغرافي	التكرارات	النسب المئوية
1	النوع الإجتماعي (الجنس)	ذكور	49	% 62.8
		اناث	29	%37.2
2	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر	34-19	36	%46.2
		50-35	26	%33.3
		64-51	11	%14.1
		65 فما فوق	5	%6.4
3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	أمي	5	%6.4
		ابتدائي	5	%6.4
		إعدادي	12	%15,4
		ثانوي	30	%38.5
		بكالوريوس	24	%38.5
		دراسات عليا	2	%38.5
4	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية	أعزب	53	%67.9
		متزوج	22	%28.2
		مطلق	0	%0
		أرمل	13	%3.8
5	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن	قرية	13	%16.7
		مدينة	65	%83.3
6	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضع الاقتصادي للسكن	ملك	65	%83.3
		أجار	10	%12.8
		وكالة	3	% 3.8
7	توزيع عينة الدراسة حسب الدخل	أقل من 1000	66	%84.6
		1000- 2000	10	%12.8
		2000- 3000	2	% 3.8
8	توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الوظيفية	يعمل	23	%29,5
		لا يعمل	55	%70.5

أدوات الدراسة:

لغايات الدراسة الحالية تم استخدام الأدوات التالية:

أولاً: تشخيص الطبيب النفسي بناءاً على الدليل التشخيصي DSMوال ICD-10 وبعض الفحوصات المخبرية اللازمة، وجمع البيانات الديموغرافية والشخصية للمرضى وهي: النوع الاجتماعي (الجنس)، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التحصيل العلمي، مكان السكن، الوضع الاقتصادي للسكن، الحالة الوظيفية، الدخل الشهري للفرد.

ثانياً: مقياس الأعراض الإيجابية والسلبية للفصام PANSS

يتكون المقياس من 30 فقرة تقيس أعراض الفصام وله ثلاث أجزاء:

- الجزء الأول: الأعراض الإيجابية وتتكون من 7 فقرات تقيس (التوهم، الهلاوس، تفكك المفاهيم، سلوك الهلوسة، التهيج، العظمة، الشك والاضطهاد، العدوانية). حيث أن الحد الأدنى للأعراض الإيجابية = 7 والحد الأقصى = 49
- الجزء الثاني: الأعراض السلبية وتتكون من 7 فقرات تقيس (تبلد الوجدان، الانسحاب العاطفي، ضعف الترابط مع الفاحص، السلبية والانسحاب الاجتماعي، صعوبة التفكير التجريدي، عدم التلقائية وانسياب المحادثة، التفكير النمطي). والحد الأدنى للأعراض السلبية = 7 والحد الأقصى = 49.
- الجزء الثالث: والأعراض النفسية العامة تتكون من 16 فقرة تقيس (الانزعاج الجسدي، القلق، مشاعر تأنيب الضمير، التوتر، التصنع والتموضع، الاكتئاب، التأخر الحركي، عدم التعاون، محتويات أفكار غير عادية، التوهان، ضعف الانتباه، فقدان البصيرة والقدرة على الحكم، اضطراب الإرادة، فقر السيطرة على الاندفاع، الانشغال، التجنب الاجتماعي النشط). والحد الأدنى للأعراض النفسية العامة = 16 والحد الأقصى = 112. ومجموع الدرجات على المقياس كاملاً الحد الأدنى = 30 والحد الأقصى = 210.

قام بتطوير هذا المقياس كل من الباحثين ستانلي كاي، لويس أولبر وآخرون عام 1987، حيث قاموا باختبار المقياس على 134 مريض فصام لمدة 3 سنوات. وقيست استجابات المرضى على الفقرات من خلال مدرج سباعي على طريقة ليكرت تتراوح بين (1) غائب، (2) الحد لأدنى، (3) خفيفة، (4) معتدلة، (5) معتدلة شديدة، (6) شديدة، (7) متطرفة. ويتمتع بصدق محتوى جيد بسبب مطابقته لمحكات ومعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية.

صدق وثبات المقياس

أشار Sanley et al, 1987 في دراسة تناولت الخصائص السايكومترية للمقياس إلى أن ثبات المقياس بالإتساق الداخلي كان جيدا حيث بلغ اقل ارتباط بين أي فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس 0.62. وأن معامل كرونباخ الفا لبعد الأعراض السلبية من المقياس كان 0.73 ولبعد الأعراض الايجابية كان 0.83. وصدق البناء للمقياس كان متوسطاً وبلغ r=0.27.

ولأغراض الدراسة الحالية، قامت الطالبة باستخراج معامل كرونباخ الفا للمقياس ككل وكان 0.90. وكان لبعد الفقرات السلبية 0.92، ولبعد الفقرات الايجابية 0.90 ولبعد الفقرات العامة 0.92.

ثالثاً: استبيان مختصر لجودة الحياة النوعية النسخة العربية 1997 ويعتبر من أهم المقاييس المستخدمة عالمياً لقياس جودة الحياة في منظمة الصحة العالمية، وهو نسخة مطورة عن النسخة التي تحتوي ستة أبعاد تقيسها (100) فقرة، ويتكون المقياس الحالي من أربع أبعاد رئيسية في الصحة النفسية : (1) الصحة الجسدية، (2) الصحة النفسية،(3) العلاقات الإجتماعية، (4) البيئية، ويتكون من (26) فقرة تتناول أبعاد جودة الحياة، بحيث تتراوح الدرجات الكلية للمقياس من (0-130)، حيث أن الحد الأدنى صفراً، والحد الأقصى للدرجات 120، ويستخدم مدرج ليكرت من 1 إلى 5 لكل فقرة. ويحتوي على فقرتين رئيسيتين تسأل عن جودة الحياة النوعية بشكل عام، ولا تحسب في معدل جودة الحياة وهي الفقرة رقم (1) والفقرة رقم (2)، ويوجد فقرات سلبية رقمها على التوالي (3، 4، 26)، ولهذا المقياس ميزات منها أنه يعتبر حديثاً نسبياً، ويستند إلى نقاط قوة بأنه استبيان عبر ثقافي ويتوفر بمعظم اللغات الرئيسية بالعالم وهو مناسب في البحوث المشتركة.

صدق وثبات المقياس

الصدق

وتم فحص الصدق التمييزي للمقياس على مجموعة من الأصحاء ومجموعة أخرى من المرضى من 24 دولة مختلفة وجد أن صدق التميزي ذو دلالة عالية لكل بعد وخصوصا البعد الجسدي متبوعاً على التوالي بالبعد (النفسي، الاجتماعي، البيئي) وتم تقيم العلاقة بين الأبعاد الأربعة باستخدام الانحدار الخطي وأظهر نتائج إيجابية بوجود علاقة إيجابية قوية بين الأبعاد ونوعية الحياة باستخدام t-test للمقارنة بين متوسطات المجموعتين (الأصحاء والمرضى) (S.M.Skevington et al 2003).

الثبات

أما بالنسبة لثبات المقياس بصورته الأصلية من قبل منظمة الصحة العالمية فقد تم استخدام معامل كرونباخ ألفا وكانت قيمته0.70 للمقياس ككل، وكان معامل كرونباخ ألفا لبعد الصحة الجسدية من المقياس = 0.82 ولبعد للصحة النفسية كان معامل كرونباخ الفا = 0.81 ولبعد البيئة فقد كان معامل كرونباخ الفا = 0.65. أما بعد العلاقات الاجتماعية فقد كان معامل كرونباخ الفا له = 0.80. (S.M.Skevington et al 2003)

ولأغراض الدراسة الحالية قامت الباحثة باستخراج معامل كرونباخ الفا كرونباخ (α = 0.83) وهي نسبة مقبولة في البحوث النفسية.

إجراءات تطبيق الدراسة

بعد الحصول على الموافقات من العيادات الخاصة للطب النفسي في عمان التي سهلت عملية البحث تم مقابلة المرضى المشخصين بالفصام من قبل الطبيب النفسي حسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSMوحسب الدليل التشخيصي العاشر للطب ICD-10 وتم جمع البيانات الديموغرافية، وقام الطبيب النفسي بإجراء مقياس الPANSS للمريض ومن ثم قامت الباحثة بمقابلة كل مريض على حدا وتطبيق استبيان جودة الحياة النوعية المخصرة من خلال قراءة التعليمات الخاصة للاستبيان وتوضيح المطلوب من المريض الإجابة عليه وقراءة البنود بصوت عالي حيث كان الإنجاز الذاتي للاستبيان غير ممكن لنوعية العينة، واستغرقت المقابلة لتطبيق الاستبيان وارشاد المريض وجمع بعض المعلومات لملاحظة مدى ادراك المريض ما يقارب 15 دقيقة لكل مريض. ومن ثم تم الرجوع للملف الشخصي لكل مريض لمعرفة بعض المعلومات التي تتعلق بالتاريخ المرضي والطبي والعائلي للمريض، وتم سؤال المريض فما إذا يعلم طبيعة مرضه لقياس ادراكه بمرضه ونوع التشخيص وأخذ بعض المعلومات الديموغرافية الهامة لأغراض الدراسة.

وبعد ذلك تم جمع البيانات وتحليلها. حيث تم مقابلة 78 مريض بعد تشخيصهم من قبل الطبيب بالفصام، وكانت البيانات معبأة بدقة لأنها كانت متابعة من قبل الباحثة أثناء التعبئة ومن ثم إدخال البيانات على النظام المحوسب للتحليل الإحصائي ال SPSS.

المعالجة الإحصائية:

تم استخدام برنامج ال SPSS للتعامل مع البيانات من خلال استخراج الاحصاءات الوصفية ومتوسطات المفحوصين وانحرافاتهم المعيارية، كما تم استخدام معامل الانحدار الأحادي وتحليل معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس جودة الحياة والأعراض التي يبديها المرضى قيد الدراسة. كما تم استخدام تحليل الانحدار الأحادي للوقوف على مدى تفسير أبعاد جودة الحياة لأعراض الفصام.

الفصل الرابع

النتائج

النتائج

يتناول هذا الفصل نتائج الدراسة الحالية. حيث اظهرت نتائج التحليل الإحصائي ان متوسطات عينة الدراسة وانحرافاتها المعيارية هي كما يبينها الجدول رقم (2) تالياً:

جدول رقم (2): المتوسطات والانحرافات المعيارية لعينة الدراسة على أدواتها

اداة الدراسة	المتوسط	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية على مقياس جودة الحياة	80.37	15.79
البعد الاول لمقياس جودة الحياة: بعد الصحة الجسدية	22.92	5.11
البعد الثاني لمقياس جودة الحياة: بعد العلاقات الاجتماعية	10.29	6.33
البعد الثالث لمقياس جودة الحياة: بعد الصحة النفسية	19.38	4.96
البعد الرابع لمقياس جودة الحياة: بعد البيئة	27.76	5.21
الدرجة الكلية على مقياس الأعراض الايجابية والسلبية للفصام	71.84	21.68
البعد الاول: الأعراض الايجابية	17.97	5.97
البعد الثاني: الأعراض السلبية	18.79	6.57
البعد الثالث: الأعراض العامة	35.7	10.76

ويُظهر الجدول رقم (2) اعلاه أن متوسط درجات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة بشكل عام هو (80.37) وانحرافهم المعياري هو (15.79). علماً ان الدرجة الكلية على المقياس هي 130. وكلما زادة درجة المفحوص كلما كان ذلك مؤشراً على ارتفاع جودة الحياة عنده. كما يُظهر الجدول متوسط البعد الأول لمقياس جودة الحياة: بعد الصحة الجسدية هو(22.92) وانحرافه المعياري هو (5.11)، ومتوسط البعد الثاني لمقياس جودة الحياة: بعد العلاقات الاجتماعية هو (10.29) وانحرافه المعياري (6.33)، ومتوسط البعد الثالث لمقياس جودة الحياة: بعد الصحة النفسية هو (19.38) وانحرافه المعياري (4.96)، ومتوسط البعد الرابع لمقياس جودة الحياة: بعد البيئة (27.76) وانحرافه المعياري (5.21)، ومتوسطات مقياس الأعراض الإيجابية و السلبية للفصام كما أظهرتها الجدول أعلاه أن متوسط درجات عينة الدراسة على مقياس الأعراض الايجابية و السلبية للفصام هو (71.84) وانحرافه المعياري (21.68)، و متوسط البعد الاول: الأعراض الإيجابية هو (17.97) وانحرافه المعياري (5.97)، ومتوسط البعد الثاني: الأعراض السلبية

(18.79) وانحرافه المعياري (6.57)، ومتوسط البعد الثالث: الأعراض العامة (35.7) وانحرافه المعياري (10.76) .

وسنتناول تالياً نتائج الدراسة الحالية حسب فرضياتها:

الفرضية الأولى: هناك علاقة بين أبعاد جودة الحياة وبين طبيعة الأعراض التي يبديها المرضى المصابين بالفصام، وذلك عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الأداء الكلي للمفحوصين على مقياس جودة الحياة ومقياس أعراض الفصام، وأن هذه العلاقة عكسية. حيث كانت قيمة ارتباط Pearson= -0.25 ودالة عند مستوى $\alpha \leq 0.05$.

الفرضية الثانية: هناك ارتباط دال عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين بعدي الصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية من مقياس جودة الحياة، وبين الأعراض السلبية للفصام. وبين بعد البيئة من مقياس جودة الحياة وبين الأعراض الايجابية للفصام.

أظهرت نتائج الدراسة أن العلاقة بين بعدي الصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية من مقياس جودة الحياة، وبين الأعراض السلبية للفصام غير دالة. إلاّ أن النتائج أظهرت أن العلاقة بين بعد الصحة الجسدية من مقياس جودة الحياة وبعد الأعراض الايجابية للفصام هي علاقة عكسية دالة. وكانت قيمة ارتباط Pearson = -0.24وعند مستوى$0.05 \geq \alpha$.

كما أشارت النتائج إلى أن العلاقة بين بعد البيئة من مقياس جودة الحياة وبين الأعراض الايجابية للفصام هي علاقة عكسية دالة (كما افترضته الدراسة)، وكانت قيمة ارتباط Pearson= -0.30 عند مستوى $\alpha \leq 0.01$.

الفرضية الثالثة: إن أبعاد جودة الحياة تُفسر أعراض الفصام بمستوىً دال عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

أشارت نتائج تحليل الانحدار الأحادي أن الدرجة الكلية التي حصل عليها المفحوصين على مقياس جودة الحياة تُفسّر و بشكل دال احصائيا ما نسبته 0.05 من مجمل أعراض الفصام (Adjusted R squared=0.050, F=5.09, df=1,76, $\alpha \leq 0.05$).

وللوقوف على أكثر أبعاد مقياس جودة الحياة تفسيراً لطبيعة أعراض الفصام. فقد قامت الطالبة بتحليل الانحدار لأبعاد مقياس جودة الحياة وأبعاد مقياس أعراض الفصام التي ارتبطت ببعضها ارتباطاً دالاً حسب نتائج الفرضية الثانية من هذه الدراسة. و أظهرت النتائج أن بعد الصحة الجسدية من مقياس جودة الحياة يُفسر و بشكل دال ما نسبته 0.04 من الأعراض الايجابية للفصام

(Adjusted R squared=0.04, F=4.4, df=1,76, $\alpha \leq 0.05$). وأن بعد البيئة من مقياس جودة الحياة يُفسر ما نسبته 0.08 و بشكل دال (Adjusted R squared=0.08, F=7.3, df=1,76, $\alpha \leq 0.05$). وأن بعد البيئة نفسه على مقياس جودة الحياة يُفسر و بشكل دال ما نسبته 0.06 من الأعراض العامة للفصام (Adjusted R squared=0.06, F=5.6, df=1,76, $\alpha \leq 0.05$). و أن بعد البيئة نفسه ايضا من مقياس جودة الحياة يُفسر و بشكل دال ما نسبته 0.07 من الدرجة الكلية للمفحوصين على مقياس أعراض الفصام (Adjusted R squared=0.07, F=6.4, df=1,76, $\alpha \leq 0.05$).

كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار الأحادي أن بعدي الصحة الجسدية و البيئة من مقياس جودة الحياة مُجتمعين (وهما البعدين الوحيدين اللذين ارتبطا بشكل دال مع أبعاد مقياس أعراض الفصام) يفسران و بشكل دال الأعراض الايجابية للفصام بنسبة 0.08 حيث (Adjusted R squared=0.08, F=4.3, df=1,76, $\alpha \leq 0.05$).وجدول رقم (3) ادناه يوضح هذه النتائج.

جدول رقم (3): تفسير مقياس جودة الحياة لأعراض الفصام

مقياس جودة الحياة	مقياس أعراض الفصام	قيمة مربع ر المعدّلة	قيمة F	درجات الحرية
الدرجة الكلية للمقياس	الدرجة الكلية للمقياس	0.05	5.09*	
بعد الصحة الجسدية	الأعراض الايجابية للفصام	0.04	4.4*	1
بعد البيئة	الأعراض الايجابية للفصام	0.08	7.3*	
بعد البيئة	الأعراض العامة	0.06	5.6*	
بعد البيئة	الدرجة الكلية للمقياس	0.07	6.4*	
بعدي الصحة الجسدية والبيئة من مقياس جودة الحياة مُجتمعين	الأعراض الايجابية	0.08	4.3*	76

***دال عند مستوى الفا = 0.05**

الفصل الخامس

المناقشة

المناقشة

في نهاية الثمانينيات من القرن المنصرم حظيت جودة الحياة بالاهتمام من قبل الباحثين لما لها من أثر واضح في تَطور ومآل الأمراض العقلية بشكل عام، وفي الفصام بشكل خاص. وفي هذه الدراسة استدعت الملاحظات العلمية والاكلينيكية تسليط الضوء على جودة الحياة النوعية وعلاقتها باختلاف أعراض الفصام عند المرضى. والذين يشكلون شريحة لا يستهان بها في العالم فحسب الدراسات الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية لعام 2014 قدرت هذه الشريحة بما نسبته 45 مليون شخص مصاب بالفصام.

الكثير من الدراسات التي أجريت واتفقت في نتائجها بأن مرضى الفصام ليسوا راضين عن جوانب متعددة من حياتهم بالمقارنة مع الناس بشكل عام (Leham,Ward&Linn, 1982; Lehan,1988) وبالرغم من هذه الحقيقة فإنه ليس هناك اتفاق على العوامل التي تؤدي لعدم الرضىRitsner et al.,2003)),وفيما اذا كان المرض نفسه يغير من ظروف وحياة هؤلاء المرضى، أم أن المرض يجعل المريض غير مستمتع بالحياة المتوفرة له.

إن نتائج الدراسة التي شملت 78 مريض مشخصين بالفصام حسب الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع DSM-4 من عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان، قد اتفقت مع ما هو وارد في أدبيات الموضوع بشكل عام وفي مجتمعات متقدمة وناميه

وأما بالنسبة لفرضيات الدراسة الثلاثة فقد كانت النتائج التفصيلية متفقه إلى حد كبير مع البحوث السابقة.

الفرضية الأولى: هناك علاقة بين أبعاد جودة الحياة وبين طبيعة الأعراض التي يبديها المرضى المصابين بالفصام، وذلك عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

أظهرت النتائج بأن هناك علاقة عكسية بين أبعاد جودة الحياة وبين الأعراض التي يبديها مريض الفصام. وهنا أكدت الدراسة من جديد، على ان جودة الحياة ذات علاقة داله بأعراض الفصام عند المرضى وأنه لا بد من أخذها بعين الاعتبار عند إدارة المرض. وبشكل آخر فإن نتائج الدراسة الحالية والمتعلقة بالفرضية الأولى أشارت إلى أن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة وأعراض الفصام هي علاقة عكسية، فكلما قلة جودة الحياة عند المرضى كلما زادت لديهم أعراض الفصام. وهذا يتفق مع نتائج دراسة Hirschberg،2010 التي أظهرت أن العلاقة عكسية بين الأعراض السلبية للفصام وبين أبعاد جودة الحياة، أي أنه كلما زادت الأعراض السلبية تنخفض جودة الحياة لدى مرضى الفصام. وأن العلاقة بين الأعراض الايجابية للفصام وأبعاد جودة الحياة علاقة عكسية. وأن

العلاقة سلبية بين أبعاد جودة الحياة وبين الأعراض العامة للفصام، وهذا يتفق مع ما جاء به Mohamed,S .& et al ,(2008) في دراسته التي خلصت إلى أن الأعراض الذهانية والعجز المعرفي العصبي ساهما بشكل مستقل في انخفاض نوعية الحياة لدى مرضى الفصام . وكذلك في دراسة أجراها (1997,packer & et al) لتقييم العلاقة بين الأعراض النفسية ونوعية الحياة في الأفراد المصابين بالفصام، أشارت نتائجها إلى أن الأمراض النفسية ترتبط عكسيا مع الرضا عن نوعية الحياة الذاتية، وعند فحص الأعراض الإيجابية والسلبية وجد أن لها تأثير كبير في نوعية الحياة الذاتية. وهذا ما افترضته الفرضية الحالية للدراسة، وفي دراسة أجراها درادكة والحبيب (2005) على مرضى الفصام المراجعين للعيادات الخارجية في مدينة اربد في الأردن وفي مدينة الرياض في السعودية حيث خلصت إلى أن جودة الحياة أفضل لدى المرضى الذين لا يعانون من أعراض ذهانيه أو يعانون من أعراض ذهانيه بشكل أقل، وهذه النتائج تتفق مع التجربة العملية للمعالجين السريريين والتي تؤكد على تراجع نوعية الحياة لمرضى الفصام سواءا كما يراها المريض او الأسرة او المعالج.

<u>الفرضية الثانية:</u> هناك ارتباط دال عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين بعدي الصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية من مقياس جودة الحياة، مع الأعراض السلبية للفصام. وبين بعد البيئة من مقياس جودة الحياة مع الأعراض الايجابية للفصام.

أظهرت النتائج أن العلاقة بين بعدي الصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية من مقياس جودة الحياة وبين الأعراض السلبية غير دالة، إلا أنها أظهرت وجود علاقة عكسية بين بعد الصحة الجسدية من مقياس جودة الحياة بين الأعراض الإيجابية للفصام.

وهذه النتيجة تقودنا إلى أنه كلما كانت الصحة الجسدية لمريض الفصام أفضل كلما ساعد في انخفاض الأعراض الإيجابية (الذهانية) حيث أنها أعراض تتأثر بالصورة الادراكية للمريض عن ذاته وعن البيئة من حوله. وهذا ما أكده Talylor&elat، 1985 على أن العلاقة بين النشاطات الجسدية وتمارين الصحة العقلية لها أثار ايجابية في تحسين الصورة الذاتية والمهارات الاجتماعية والآداء المعرفي والسلوك والاستجابات الفسيولوجية لعوامل الاجهاد.

وهذا توصلت له فرضية الدراسة بأن تحسين الصحة الجسدية يقلل من الأعراض عند الفصام. حيث أظهرت دراسة Rayn&Thako، 2002 أن مرض الفصام يُحدث مجموعة من الاضطرابات الجسدية مثل الأمراض القلبية واضطراب الأوعية الدموية والسكري من النوع الثاني وزيادة الدهون وهذا يظهر واضحا في مرض الفصام عبر نشاط الغدة النخامية والغدة الكظرية مما يؤدي إلىhypercoristamiaالتي تؤدي إلى تراكم الدهون الحشوية والتي تزيد من أعراض الفصام (معدلات الفصام).

وجاء في دراسة juhlin& el at، 2008 أن مشاكل الصحة الجسدية في مرض الفصام شائعة وتسهم في زيادة معدلات الوفيات وتناقص جودة الحياة النوعية. وكما أشار الاستشاري النفسي phelan& el at، 2001أن الكثير من المرضى بالفصام يعانون من مشكلات جسدية فهناك عدة عوامل تمنع الأشخاص المصابين بمرض عقلي من تلقي الرعاية الصحية الجسدية الجيدة وأن مرضى الفصام أقل احتمالا لضبط الصحة الجسدية، وذلك لأن بعض الأعراض المترتبة على مرض الفصام تكون في ضعف الادراك والعزلة الاجتماعية والشك وهذا يسهم في عدم الانتباه إلى الصحة الجسدية عند مرضى الفصام. وبالتالي يسهم في انخفاض جودة الحياة لديهم.

وفي دراسة مقارنة لرعاية الصحة الجسدية لمرضى الفصام أشارت الدراسة إلى أن مرضى الفصام أقل احتمالا لتلقي الفحوصات الطبية العامة من المرضى بغير الفصام (Roberts.&el at،2006) .وهذا مبعث للشك في أن رعاية الصحة الجسدية لا تلقى الاهتمام الكافي عند معالجة مرضى الفصام. وفي دراسة لAlex & el at، 2006، أكدت على أن الصحة الجسدية للمرضى الذين يعانون من الفصام هي مصدر قلق، وأنهم بحاجة إلى تقييم احتياجات الصحة الجسدية من قبل الأطباء، وهذا الإشكال هو أحد أسس ادارة الفصام في الوقت الحالي ،فقد أصبح من الضروري أن يقوم الفريق النفسي المعالج بمتابعة صحة المريض الجسدية والتي قد تتدهور ولا يتنبه لها المريض أو أسرته أو الطبيب العام، ولذلك يتم قياس وزن المريض وفحص ضغط الدم بالإضافة إلى قياس السكر والدهنيات في الدم وكما أن التنسيق مع الأطباء من مختلف الاختصاصات للعناية بصحة المريض بالفصام من الأمور الهامه في الوصول لأحسن حاله نفسياً وجسدياً ومن حيث نوعية حياة هؤلاء المرضى مع الأخذ بعين الاعتبار أن المريض العربي بشكل عام يفضل الشكوى الجسدية على النفسية.

وأظهرت النتائج أنه لا يوجد علاقة دالة بين العلاقات الاجتماعية والأعراض السلبية للفصام. وهذا يتفق مع ما أكده ارنست هليجارد (1975)بأن الفرد السوي يكون لديه القدرة على إنشاء علاقات طبيعية مع الأخرين لأنه حساس لاحتياجاتهم ومشاعرهم وهذا يبدو على العكس مع الأفراد المضطربين نفسياً كما جاء في نتائج الدراسة الحالية وهذا يتعارض مع ما أظهرته نتائج دراسة Hirschbergأن الأعراض السلبية تُفسر جزئياً من أبعاد جودة الحياة.

وتوصلت نتائج هذه الفرضية إلى وجود علاقة بين بعد البيئة من مقياس جودة الحياة الذي يُفسر (0.08) من الأعراض الإيجابية للفصام وأن العلاقة بين هذا البعد وبين الأعراض الإيجابية هي علاقة سلبية.

حيث أن بعد البيئة شمل على أربعة محاور أساسية وهي المعلومات، وقت الفراغ، البيئة الفيزيائية والمواصلات كما حدده مقياس جودة الحياة النوعية المختصرة. و تتوافق هذه النتيجة مع الأدبيات ولوحظ أنه كلما كانت نوعية الحياة أفضل كلما ساعد ذلك إلى تحسين مسار المرض وذلك من خلال السيطرة على العوامل التي تؤدي إلى ظهور الأعراض، ففي هذا البعد يبدأ المريض بمقاومة الأعراض فيصبح ادراكه للواقع ولما يظهر له من أعراض أكثر وضوحاً بأنها أعراض مرضية مما يساعده ذلك على مقاومتها، وتساعده أيضاً البيئة الفيزيائية بمضموناتها سوءاً كانت في المراكز الصحية أو المستشفيات او في البيت وكذلك المعلومات التي يتلقاها من المثيرات الخارجية فإنها تؤثر في ظهور الأعراض وذلك يتمثل عندما تظهر لديه الهلاوس أو الأوهام او إضطرابات التفكير والكلام (الأعراض الذهانية) بمختلف أشكالها فإنه يحتاج للتأكيد بأن ما يسمعه أو يراه أو يعتقده ليس سوى أعراض مرضية غير موجودة بالواقع، وهذا ما تساهم به البيئة و الأفراد الذين يقومون بالرعاية لمرضى الفصام، فعندما نقول أن البيئة الفيزيائية هي جزء من هذا البُعد فكأننا نقول أن مقدم الرعاية سواء كان من العائلة أو من الأشخاص العاملين في المستشفى أنه جزء من بيئة المريض الفيزيائية، وأنهم مصدر للمعلومات لذلك المريض . وهنا تأتي العناية من خلال الدراسات السابقة بأهمية دور الأفراد والبيئة بعدم توجيه النقد والتدخل العدواني الشديد لتصرفات المريض التي تظهر بسبب الأعراض المرضية، مما يمنعه من تكوين العلاقات الاجتماعية فيصبح معرضاً لعدم الشعور بالأمن والأمان ويدفعه أكثر لسلوك العزلة الاجتماعية والأعراض السلبية وإعطاء الفرصة للأعراض الإيجابية بالعودة او الانتكاس المرضي.

واتفقت هذه النتيجة مع ما جاء به Morgan & el at أن العلاقة بين صدمات الطفولة المبكرة من المسببات لأعراض الذهان، وتدعم الأدبيات أن العوامل البيئة إضافة إلى العوامل الوراثية مسؤولة عن ظهور الفصام.(Tsuang&el at، 2001) وهذا ما أكدته دراسة Tsuang

2000,M قد تسهم البيئة في تلف الدماغ وذلك من خلال المكونات البيولوجية التي تحدث مضاعفات مثل الالتهابات وسوء التغذية التي تتفاعل مع العوامل الوراثية لتنتج الفصام.

اما بالنسبة للفرضية الثالثة: أن أبعاد جودة الحياة تفسر أعراض الفصام بشكل دال عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

توصلت النتائج إلى أن أبعاد جودة الحياة تُفسّر 0.05 من مجمل أعراض الفصام، وكذلك أن بعد الصحة الجسدية من مقياس جودة الحياة يُفسر 0.04 من الأعراض الايجابية للفصام، بالإضافة إلى أن بُعد البيئة من مقياس جودة الحياة يُفسر 0.08 من الأعراض الايجابية للفصام، ويُفسر 0.06 من الأعراض العامة للفصام، وكما يُفسر 0.07 من الدرجة الكلية للمفحوصين على مقياس أعراض الفصام، وأظهرت نتائج تحليل الانحدار الأحادي أن بعدي الصحة الجسدية والبيئة من مقياس جودة الحياة مُجتمعين (وهما البعدين الوحيدين اللذين ارتبطا بشكل دال مع أبعاد مقياس أعراض الفصام) يفسران الأعراض الايجابية للفصام بنسبة 0.08.

من خلال التحليلات الإحصائية السابق ذكرها لتفسر أبعاد جودة الحياة لأعراض الفصام ترى الباحثة أن بُعد البيئة يُفسر ضعف ما يُفسره بُعد الصحة الجسدية للأعراض الايجابية وهذا يعني من خلال تحليلات نتائج هذه الدراسة أن بُعد البيئة يرتبط ارتباطاً دالاً بحيث يُفسر الأعراض الايجابية والعامة والكلية للفصام مما يخلص الاستنتاج إلى أنه كلما كانت البيئة التي يعيش فيها مريض الفصام أفضل كلما كان مآل أعراض الفصام أفضل وهذا ما يؤكده الأطباء الخبراء في معالجة الفصام، ففي كثير من الأحيان يكفي نقل المريض من بيئة لأخرى حتى تتحسن او تسوء حالته.وخلصت هذه الدراسة إلى أن جودة الحياة النوعية هي ظاهرة معقدة، وتوافقاً مع البحوث السابقة حددت هذه الدراسة وجود علاقة بين أعراض الفصام وأبعاد جودة الحياة النوعية واختلاف الأعراض التي يبديها مريض الفصام وهي علاقة سلبية.

وعلاوة على ذلك، أظهرت النتائج أن بعد الصحة الجسدية يرتبط ارتباطاً سلبياً مع الأعراض الإيجابية، وان العلاقات الاجتماعية لم ترتبط مع الأعراض السلبية والايجابية منفردة، وان ارتبطت أبعاد جودة الحياة مجتمعة مع أعراض الفصام وأن بُعد البيئة من مقياس جودة الحياة ارتبط ارتباطاً قوياً مع أعراض الفصام مجتمعة ومع الأعراض الايجابية خاصةً ومع الأعراض العامة للفصام .وهذا يدعو إلى الاهتمام بتسليط الضوء على البيئة التي يتواجد بها المريض وأخذها بمحمل الأهمية للوصول إلى نتائج و تحسن أفضل في مآل المرض، مما يُؤكد أنه لا ينبغي إغفال تأثر جودة الحياة وتأثيراتها على أعراض الفصام، ويجب أن يكون التحسن في نوعية الحياة معيار أساسي ومكمل

لاحتياجات المريض ليمكن مقدمي الخدمات النفسية في الوصول إلى علاج مثمر ومتكامل دون اغفال أي جانب من جوانب حياة المريض .

ويمكننا تفسير تغيب بعد الصحة النفسية من مقياس جودة الحياة المتمثل بأبعاده الستة (المشاعر الإيجابية والمعرفة والثقة بالنفس وصورة الجسم والمشاعر السلبية والروحانيات) وعدم تفسيره لظهور أعراض الفصام، وذلك ان الابعاد النفسية في مقياس جودة الحياة مختلفة عن الأبعاد النفسية عند الفصامين. وذلك إشارة لما جاء بتعريف جودة الحياة الذاتية بأنها: ادرك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه وعلاقة هذا الادراك بأهدافه وتوقعاته.

والمقصود ببعد الصحة النفسية كما عرفه أبو الدلو ،2009 بأنه وهي حالة دائمة نسبياً، يكون الفرد فيها متوافقاً نفسياً، شخصياً، انفعالياً، اجتماعياً، مع نفسه ومع الأخرين، وقادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن، علماً بأن جودة الحياة النفسية هي حالة كلية ذاتية من التوازن الداخلي بين المشاعر والإقبال على الحياة، وهذا لا ينطبق على مرضى الفصام فمن خلال الملاحظات الاكلينيكية يتم ملاحظة أن مريض الفصام يعاني من عدم وجود الحالة الدائمة نسبيا التي يكون فيها متوافقا نفسيا وشخصيا وانفعاليا واجتماعيا مع نفسه ومع الاخرين . فعلى سبيل المثال إن بعض مرضى الفصام نجد أن لديهم ثقة بالنفس رغم عدم توفر التوافق مع أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع.

فقد حان الوقت لعلاج الفصام الذي أخذ شوطاً طويلاً خلال القرن العشرين، الاستفادة من التراكمات البحثية لتحسين طرق العلاج واعادة التأهيل النفسي والاجتماعي، فمن المهم مواصلة البحث في هذا المجال فهناك حاجة ماسة لتحسين العلاج وتعزيز امكانات المعالجين للقيام بتنبؤ أفضل لعلاج الأشخاص الذين يعانون من الفصام.

التوصيات

- اجراء دراسات مشابهه على عينة أكبر ومقارنتها بعينة ضابطة.
- اجراء دراسات مقارنة بين نوعية الحياة الذاتية ونوعية الحياة الموضوعية لمريض الفصام.
- اجراء دراسات مماثله ولكن مع الاخذ بعين الاعتبار أبعاد جودة الحياة وأعراض الفصام بمحاورهم التفصيلية، وعمل دراسة للارتباطات بين كل بعد وكل عرض على حدا للوصول إلى نتائج أكثر تفصيلا.
- تسليط الضوء على مفهوم نوعية الحياة لدى مقدمي الرعاية النفسية لمرضى الفصام بتزويدهم ببرامج علاجيه ذات فعالية في تحسين نوعية الحياة وأثرها المتداخل مع العلاج في تخفيف الأعراض الايجابية والعامة للفصام.
- العمل على اجراء دراسات على برامج علاجية تساعد على تحسين نوعية الحياة وخاصة بعد البيئة والصحة الجسدية للوصول إلى أفضل النتائج في البيئة الأردنية
- تشجيع العاملين في المجال النفسي على إعطاء نوعية الحياة الأهمية المناسبة في البحث والعلاج والتأهيل والمتابعة للمرضى.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

ابراهيم،عبدالستار،عسكر، عبد الله (2012)، **علم النفس الاكلينيكي**، (ط4)، القاهرة: مكتبة الانجلو.

أبو دلو جمال (2009)، **الصحة النفسية**، (ط1) عمان، دار أسامة.

أحمد عكاشة (1998)، **الطب النفسي المعاصر**، (ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أرنست هليجارد. **مختارات من علم النفس.** ترجمة عبد الرحمن عجاج. مراجعة محمد خليفة بركات، القاهرة: مركز الشرق الأوسط. سلسلة الألف كتاب (154) 1957.

الأشول، عادل عز الدين (2005)، نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، **وقائع المؤتمر العلمي الثالث: الإنماء النفسي والتربوي للنساء العربي في ضوء جودة الحياة،** جامعة الزقازيق، مصر، م15-16 مارس

أماني عبد المقصود عبد الوهاب (2006)، السعادة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المراهقين من الجنسين. **مجلة البحوث النفسية والتربوية**، السنة الثانية والعشرين، المجلد الثاني، ص: 253-307.

الرخاوي، يحيى (1979)، **دراسة في علم السيكو باثولوجي (شرح: سر اللعبة)**، ط (1)، القاهرة: دار المعتصم للصحة النفسية (المكتبة العلمية)، جمعية الطب النفسي التطوري.

سرحان، وليد (2000)، **سلوكيات (2) الفصام، (ط1)**، عمان: دار المجدلاوي.

سرحان، وليد (2009)، **الصحة النفسية**، عمان -الاردن، منشورات جامعة القدس المفتوحة.

سليفان، آريتي (1991)، **الفصامي: كيف نفهمه ونساعده، دليل الأسرة والأصدقاء**، ترجمة عاطف، الكويت: عالم المعرفة.

صالح، قاسم (2008)، **الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها**، عمان: دار دجلة.

العقباوي، أحمد والحداد، محمد واسماعيل، مصطفى والرخاوي، يحيى (1999)، **المرشد في الطب النفسي /منظمة الصحة العالمية**، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط: المكتبة الطبية القومية.

عكاشة، أحمد عكاشة، طارق (2008)، **علم النفس الفسيولوجي**، (ط 12)، القاهرة، مكتبة الأنجلو.

غانم، محمد حسن (2006)، **الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، (ط1)**، القاهرة ة: مكتبة الأنجلو.

فرج طه، حسين عبد القادر، شاكر قنديل، مصطفى كامل (1993): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي،** القاهرة: دار سعاد الصباح.

فرجاني، نادر (1992): عن نوعية الحياة في الوطن العربـي. **مركـز دراسات الوحدة لمركز الإرشاد النفسي، المجلد**(1) 10-12.

الكرخي، خنساء نوري (2011): جودة **الحياة لدى المرشدين التربويين وعلاقتها بالذكاء الانفعالي، رسالة** ماجستير غير منشورة ،جامعة ديالي ، العراق .

كمال، على (1987)، **فصام العقل أو الشيزوفرينيا، (ط1)**، لندن: دار واسط للدراسات والنشر.

كيلاج، جانسن (1990)، **العلاج الاكلينيكي للفصام،** بيرسى، بلغاريا: جاردينركالدويل.

متولي، عبد الله (2004)، **مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية على مرض الفصام، (ط1)**، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

منسي، محمود عبد الحليم؛ وكاظم، علي مهدي (2006). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة **وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة (ص 63-78).** جامعة السلطان قابوس-سلطنة عمان، 17-19 ديسمبر.

نعيسه، رغداء (2012): جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، **مجلة جامعة دمشق،** 28 (1)،145-181.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Alhefnee, AB. (1994), **Encyclopedia of Psychology & psycho –Analysiss.** Op. Cit. 866.

Alshowkan, A. Curtis, J. White, Y.(2013) , Self- Reported Quality of life for people with Schizophrenia in Psychiatric outpatient Department in Saudi Arabia ,**The Arab Journal of Psychiatry** ,Vol. 24,(2), 93-101.

Amr, M. El-Wasfy, M. Amin, T. and Roy, A. (2012), Prevalence and Correlates of Physical and sexual Assault History in Patients with Schizophrenia **The Arab Journal of Psychiatry** ,Vol. 23,(1), 22-29.

Bellack AS & Musesr.KM (1993), psychosocial treatment for schizophrenia ,**Schizophrenia Bulltein**,vol.19(2):317-366

Bellack AS.(2001) , Psychosocial treatment in schizophrenia. **Dialogues in Clinical Neuroscience.** Vol 3, (2):136-137.

Bishop, M., & Feist-Price, S. (2001). Quality of life in rehabilitation counseling:

Bourke, J. Castle, M. (2008), **Psychiatry**, (3st ed.), Elsevier limited.

Daradkeh, T.K and Al, Hababeeb, T. (2005), Quality of Life of patients with schizophrenia 2, **La Revue de Sante de la Mediterranee orientale,**Vol.11(5/6).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). American Psyciatric Association, 2000.

Diener,E., &Diener, M. (2009), Cross cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. **Journal of Personality and Social Psychology**. Vol 38, (10) pp 71-91

Eack, S and Newhill, C. (2007). Psychiatric Symptoms and Quality of life in schizophrenia: AMeta-Analysis. **Schizophrenia Bulletin** –Vol.33, 5pp .1557-1237.

Fu-Zhi, W. Dan, L. and Yun, W. (2015), Combined Intervention with Eduction and Progressive Muscle Relaxation on Quality of Life, and Functional Disability, and Positive Symptoms in Patients with Acute Schizophrenia, **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, Vol. 21, (3).

Gholamrezaeeyan, M and Pasha, R (2014). Relationship between Metacogntive Beliefs, Positive and Negative symptoms and Quality of Life among Schizophrenic Patient. **International Journal of Psychology and Behavioral Research.** Vol 3, (5), 358-364.

Goodman, M.Smith, T.(1997), Measuring Quality of Life in Schizophrenia , **Medscape Psychiatry and amp ;Mental Health eJournal**, vol,2,(6)

Hayhurst, K.P. Massie, J.A. Dunn, G. Lewis, S.W. and Darke, R.J. (2014), Validity of Subjective Versus Objective Quality of Life Assessment in People with Schizophrenia, BMC Psychiatry, VOL.14**:**365 **http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/365**

Hietala,J. Syvalaht, E. Vurio,K et al .(1995), Presynaptic Dopamine Function in Stratum of Antipsychoticnaive Schizophrenic Patient , accepted for publication

Hischbreg, S. (2010), **Quality of life and Symptomatology in Schizophrenia**, Germany: LAP lambert.

Hyes , L. Hawthorne, G. Farhall, J. O’Hanlon, and B. Harvey, C.(2015), Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia :Policy and Outcomes ,**Community Mental Health Journal ,**vol ,51,(5), pp 591-597

Juhlin,Y.V.H, Bjartveit,M. Lindstrom,E. &Jones,P.(2008), Schizophrenia and Physical Health Problems ,vol.119.

Kaplan, H. and Sadock, B. (1996), **Pocket Hand of Clinic Psychiatry**, London: willia M sap willns.2st ed.

Key, R. S. FSZBIN, A. and Olper, L.A. (1987), the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia, **Schizophrenia Bulletin,** Vol. 13, (2).

Lehman, A., Linn, L.S., & Ward, N. (1988).Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. **American Journal of Psychiatry**, 139, 1271-1276.

Lehman,A.(1988) AQuality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill. **Evaluation and program planning**, 11, 51-62

Lewis, DA.Lieberman, JA (2000), Catching Up on Schizophrenia: Natural History and Neurobiology, **Neuron**, vol.28 (2): 325–334

Making The Philosophical practical. **Rehabilitation Education**, 15 (3), 201-212.

Margariti, M. Ploumpidis, D. Economou, M. Christodulou, G. &Papadmitriou, G. (2014), Quality of Life in Schizophrenia Spectrum Disorder: Associations with Insight and Psychopathology. Psychiatry Research **www.psy-jornal.com/article/S1065-1781** (14)00872-5abstract

Medici, CR. Vestergaard, CH. Hjorth, P. Hansen, MV. Shanmuganathan, J.WD. Viuff, AG. Jorgensen, P.M. (2015), Quality of life and Clinical Characteristics in a Nonselected Sample of Patients with Schizophrenia,**International Journal of Social Psychiatry,** accepted for publication

Meehl, P.E. (1962), Schizotaxia, Schizotype, and Schizophrenia .**American psychologist**, vol.17, (12)827-838. http://dx.doi.org/10.1037/h0041029

Michel ,P. Auquier, P. Baumstarck, K. Loundou, A. Ghattas, B. Lancon,C. and Boyer, L. (2015),How to Interpret Multidimensional Quality of Life Questionnaires for Patients with Schizophrenia ?, Quality of Life Research, accepted for publication , ,**http://www.researchgate.net/publication/275333180**

Ming, T. Tsuang, Wiliam, S.Stone. Stephen, V. &Faraone (2001), Epidemiology in Neurobiological Research Gens, Environment and Schizophrenia ,**the British journal f psychiatry**,vol.178940).

Mitchell, Alex, J. Malone, & Darren (2006), Physical Healh and Schizophrenia,**Medicalcomorbidity**, vol.19 (4), p432-437.

Morgan, C.Fisher, H (2007), Environment and Schizophrenia: Enviromenttal Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma –a Critical Review, **Schizophrenia Bulltin**, vol.33 (1) pp3-10.

Parker, S. Lewis,S. (2006) Identifying Young People at Risk of Psychosis . **Advances in psychiatric treatment**, 12:249-255

Phelan,M. Stradins,L. & Morrison ,S. (2001),Physical Health of People with Severe Mental Illness ,**BMJ**,322(7284):443-444.

Pogue-Geile, M. F., Harrow, M., (1985), Negative Symptoms in schizophrenia: Their Longitudinal Course and Prognostic Importance, **schizophrenia Bulletin**, 11, 427-439.

Ritsner, M.,Ben-Avi, I. Ponizovsky,A. Timisky , Bistrov, E., Modai,I.(2003), Quality of Life and Soping with Schizophrenia Symptoms . **Quality of life Research** 12, pp1-9.

Roberts,L. Roalfe,A. Wilson,S. &Lester,H. (2005),Physical Health care of Patatient with Schizophrenia in Primary Care: a Comparative Study , **Oxford journal ,**vol.24(1).

Rrine, G., Lancon, G., Di Tiucci, S., Sapin, C., andAuquier, P. (2003), Depression and Subjective Quality of Life in Chronic Phase Schizophrenic Patients .**Acta psychiatric Scandinarica**, 108,pp 297-303.

Ryan.CM. &Thakore, JH.(2002), Physical consequences of Schizophrenia and Its Treatment: The Metabolic ,**Life Sciens** ,vol.71k(7).pp 239-257.

Ryff,C, Love ,GD. . Urry,HL. Muller,D. Rosenkranz,MA.. Friedman,EM . . Davidson,RJ. Singerb,B ,(2006), Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have

Saharan, S and Bhaskar. M, (2014), “Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Suicide Attempters”. **Journal of Evolution of Medical and DentalSciences**, Vol. 3(54), 12438-12447.

Semple, D and Smyth, R (2013), **Oxford handbook of Psychiatry**, (3st ed.) oxford university.

Sezar, D and Turner, T (2008), **Crash course: psychiatry**, (3st ed.). London: British library

Skevingoton, S.M. Lotfy, M. and O’Connell, K.A. (2004), The World Health Organization’s WHOQOL-BREEF QULITY OF Life Assessment :Psychometric Properties and Results of the International Field trial A Report from the WHOQOL Group, **WHO Center for Study of Quality of Life ,** vol 13 ,pp299-310.

So Yeon,Y.(2014) , Developing a Prediction Model for Quality of Life in Patients with Schizophreni**, J Korean AcadPsychiatrMent Health Nurs**, vol.23,(3),pp144-155

Stefen,M. Travis.M.and Murray ,RM.(2000), **The Encyclopedia of Visual Medicine Series An Atlas of Schizophrenia**, USA: the Parthenon .

Stewart-Brown, S (2000). Parenting, well- being, health and disease. In Buchanan, A., and Hudsen,B.(eds).Promoting Children's Emotional Well-being. Oxford: Oxford University press

Tacchi, M and Scott, J (2005),**Improving Adherence in schizophrenia and Bipolar Disorders,** (1st ed). London: British library.

Taylor, S.J. & Bogdan R. (1990), **Quality of life and the individual's perspective aIssues**. (1st ed.)American Association on Mental Retardation: Washington D.C.

The ICD-10 Classification of Mental and BehaviouralDisorders:Clinical Description and NosticGuideline, World Health Organization, 1992,Genavea,

Tsuang M. (2000), Schizophrenia: Genes and Environment, **Biological psychiatry**, vol.47. (3),pp 210-220.

Tylor,CB. Sallis,JF, & Needle(1985), The Relation of Physical Activety and Exercise to Mental Health ,**public health reports**, vol.100(2), pp195-202

Vreeke, G.J., Janssen, S., Resnick, S., & Stolk J(. 1997). The Quality of Life of People with Mental Retardation: in Search of An Adequate Approach. **International Journal of rehabilitation Research**. VOL. 20.(3) pp280-301

Watson , D. and Clark, L.A.(1997) : Measurement and Mis Measurement of Mood : Recurrent and Emergent issues, **Journal of personality Assessment**, Vol.6.(8) ,pp867.

Willner,P.(1995), Animal models of Depression Validity and Applications . **advbiochempsychopharmacl**, vol .49,19-41

Winanyu,K.M. Hemchayat,M. Charoensuk, S. (2014), The Relationships Between Characteristics of Caregivers and Quality of Life Among Family Caregivers of Patients with Schizophrenia in Indonesia, **International proceeding of Social and Behavioral sciences**, Vol.2,(1)



الملاحق

ملحق رقم (1)

PANSS RATING FORM

قائمة أعراض الفصام الإيجابية والسلبية

		Absent غير موجود	Minimal بسيط	Mild قليل	Moderate متوسط	moderate severe متوسط إلى شديد	Severe شديد	Extreme شديد جدا
P1	Delusions التوهم	1	2	3	4	5	6	7
P2	Conceptual disorganisation تفكك المفاهيم	1	2	3	4	5	6	7
P3	Hallucinatory behaviour سلوك الهلوسة	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitement التهيج	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosity العظمة	1	2	3	4	5	6	7
P6	Suspiciousness/persecution الشك والاضطهاد	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostility العدوانية	1	2	3	4	5	6	7

		Absent غير موجود	Minimal بسيط	Mild قليل	Moderate متوسط	moderate severe متوسط إلى شديد	Severe شديد	Extreme شديد جدا
N1	Blunted affect تبلد الوجدان	1	2	3	4	5	6	7
N2	Emotional withdrawal الانسحاب العاطفي	1	2	3	4	5	6	7
N3	Poor rapport ضعف الانسجام مع الفاحص	1	2	3	4	5	6	7
N4	Passive/apathetic social Withdrawal السلبية والانسحاب الاجتماعي	1	2	3	4	5	6	7
N5	Difficulty in abstract thinking صعوبة التفكير التجريدي	1	2	3	4	5	6	7
N6	Lack of spontaneity & flow of conversation عدم التلقائية وانسياب المحادثة	1	2	3	4	5	6	7
N7	Stereotyped thinking التفكير النمطي	1	2	3	4	5	6	7

		Absent غير موجود	Minimal بسيط	Mild قليل	Moderate متوسط	moderate severe متوسط إلى شديد	Severe شديد	Extreme شديد جدا
G1	Somatic concern الانزعاج الجسدي	1	2	3	4	5	6	7
G2	Anxiety القلق	1	2	3	4	5	6	7
G3	Guilt feelings مشاعر تأنيب الضمير	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tension التوتر	1	2	3	4	5	6	7
G5	Mannerisms & posturing التصنع والتموضع	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depression الاكتئاب	1	2	3	4	5	6	7
G7	Motor retardation التأخر الحركي	1	2	3	4	5	6	7
G8	Uncooperativeness عدم التعاون	1	2	3	4	5	6	7
G9	Unusual thought content محتويات أفكار غير عادية	1	2	3	4	5	6	7
G10	Disorientation التوهان	1	2	3	4	5	6	7
G11	Poor attention ضعف الإنتباه	1	2	3	4	5	6	7
G12	Lack of judgement & insight فقدان البصيرة والقدرة على الحكم	1	2	3	4	5	6	7
G13	Disturbance of volition اضطراب الإرادة	1	2	3	4	5	6	7
G14	Poor impulse control فقر السيطرة على الاندفاع ،	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preoccupation الانشغال	1	2	3	4	5	6	7
G16	Active social avoidance التجنب الاجتماعي النشط	1	2	3	4	5	6	7

ملحق رقم (2)

استبيان جودة الحياة النوعية النسخة العربية –مايو/ايار 1997 م

البيانات الديموغرافية

المعلومات الشخصية:

1. ما هو جنسك: ذكر_____ أنثى ____
2. ما هو تاريخ ميلادك: اليوم ____ الشهر____ السنة _____
3. ما هي أعلى درجة تعليم حصلت عليها. ____________
4. ما هي حالتك الاجتماعية: ____________
5. هل تسكن في: مدينة _____ مخيم اللاجئين _____ قرية _______ مدينة ______

الوضع الاجتماعي والاقتصادي

1. هل بيتك الذي تسكن فيه؟ ملك ___ بيت وكالة ___ بالإيجار ____ غير ذلك _____
2. المهنة: عامل _____ عاطل عن العمل ________
3. الدخل الشهري: _________
4. كم شخص تعيل: _________

التعليمات:

هذا الاستبيان يستفسر عما تشعر به فيما يتعلق بنوعية حياتك وصحتك ونواحي أخرى من حياتك، نرجو الإجابة على جميع الأسئلة. وإذا لم تكن متأكد من الإجابة على سؤال معين، نرجو اختيار الجواب الأنسب. وهذا قد يكون ردك الأول في أحيان كثيرة. نرجو أن تضع في اعتبارك قيمك وآمالك وما يمنعك ويشغلك. ونطلب أن تفكر في نمط حياتك خلال الشهرين الماضيين.

- يرجى قراءة كل سؤال وتقييم مشاعرك ووضع دائرة حول الرقم الذي يعطي افضل إجابة بالنسبة لك .

جيدة جدا	جيدة	لا بأس	سيئة	سيئة للغاية		
5	4	3	2	1	كيف تقيم جودة حياتك؟	1

راضي تماما	راضي	لا راضي ولا غير راضي	غير راضي	غير راضي مطلقا		
5	4	3	2	1	كيف أنت راضي عن صحتك؟	2

الأسئلة التالية تفسر عن مدى تعرضك لأشياء معينة خلال الشهريين الماضيين

بدرجة بالغة	كثير جدا	بدرجة متوسطة	قليلا	لا يوجد		
5	4	3	2	1	إلى أي حد تشعر بان الوجع يمنعك من القيام بالأعمال التي تريدها؟	3
5	4	3	2	1	كم تحتاج من العلاج الطبي لتتمكن من القيام بعمالك اليومية؟	4
5	4	3	2	1	إلى أي مدى تستمتع بالحياة؟	5
5	4	3	2	1	إلى أي مدى تشعر بأن حياتك ذات معنى؟	6
5	4	3	2	1	كم أنت قادر على التركيز؟	7
5	4	3	2	1	كم تشعر بالأمان في حياتك اليومية؟	8
5	4	3	2	1	إلى أي حد تعتبر البيئة المحيطة بك صحية؟	9

الأسئلة التالية تستفسر عن مدى قدرتك على إتمام أمور معينة خلال الأسبوعين الماضيين

بدرجة بالغة	كثير جدا	بدرجة متوسطة	قليلا	لا يوجد		
5	4	3	2	1	هل لديك طاقة كافية لمزاولة الحياة اليومية؟	10
5	4	3	2	1	هل انت قادر على قبول مظهرك الخارجي؟	11
5	4	3	2	1	هل لديك من المال ما يكفي لتلبية احتياجاتك؟	12
5	4	3	2	1	كم تتوفر لك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟	13
5	4	3	2	1	إلى أي مدى لك الفرصة للأنشطة الترفيهية	14

جيدة جدا	جيدة	لا بأس	سيئة	سيئة للغاية		
5	4	3	2	1	كم أنت قادر على التجول بسهولة؟	15

الأسئلة التالية تطلب منك أن تعبر عن مدى رضاك نحو جوانب مختلفة خلال الشهرين الماضيين

راضي تماما	راضي	لا راضي ولا غير راضي	غير راضي	غير راضي مطلقا		
5	4	3	2	1	كم أنت راضي عن نومك؟	16
5	4	3	2	1	إلى أي مدى أنت راضي عن قدرتك على القيام بنشاطاتك اليومية	17
5	4	3	2	1	كم أنت راضي عن قدرتك على العمل؟	18
5	4	3	2	1	كم أنت راضي عن نفسك؟	19
5	4	3	2	1	كم أنت راضي عن علاقاتك الشخصية؟	20
5	4	3	2	1	كم أنت راضي عن حياتك الجنسية؟	21

22	كم أنت راضي عن الدعم والمساعدة من الأصدقاء؟	1	2	3	4	5
23	كم أنت راضي عن أحوالك السكنية؟	1	2	3	4	5
24	كم أنت راضي عن الخدمات الصحية المتوفرة لك؟	1	2	3	4	5
25	كم أنت راضي عم وسائل مواصلاتك؟	1	2	3	4	5

الأسئلة التالية تشير إلى كم من المرات شعرت أو تعرضت فيها لأشياء معينة خلال الشهرين الماضيين

		أبداً	نادراً	غالباً	غالباً جداً	دائماً
26	كم من المرات كانت عندك مشاعر سلبية مثل الحزن أو اليأس أو القلق أو الاكتئاب؟					

هل ساعدك أحد في ملء الاستبيان؟

كم من الوقت استغرقت لملء الاستبيان؟

هل لديك أي تعليقات حول هذا الاستبيان؟

شكرا لمساعدتك

الملحق رقم (3)

قائمة الاختصارات

المصطلح بالإنجليزية	الاختصار	المصطلح بالعربي	الرقم
Quality of Life	**QOL**	جودة الحياة	**1**
World Health Organization	**WHO**	منظمة الصحة العالمي	**2**
International Classification of Diseases 10th Revision	**ICD-10**	التصنيف الدولي للأمراض النسخة العاشرة	**3**
Diagnostic and Statistical Manual OF Mental disorders	**DSM**	الدليل التشخيصي والاحصائي للإضطرابات للجمعية الأمريكية للطب النفسي	**4**
Positive And Negative Syndrome Scale	**PANSS**	مقياس الأعراض الإيجابي والسلبية للفصام	**5**
The World Health 1997 Organization Quality of Life.	**WHOQOL – BREF**	استبيان جودة الحياة النوعية النسخة العربية مايو/أيار	**6**
Objective quality of life	**Objective QOL**	جودة الحياة الموضوعي .	**7**
Subjective Quality of Life	**subjective QOL**	جودة الحياة الذاتية	**8**
Psychological Quality of Life	**Psychological QOL**	جودة الحياة النفسية	**9**
Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry	**SCAN**	الجدول الزمني للتقييم السريري في الطب النفسي	**10**
clustering using unsupervised binary trees	**CUBT**	الأسلوب الهرمي	**11**
Lancashire Quality of Life Profile	**LQOLP**	مقياس جودة الحياة لانكاشير للتقييم الذاتي	**12**
Heinrich’s Quality of life Scale	**QLS**	مقياس هينريش للتقييم الموضوعي	**13**

QUALITY OF LIFE AND ITS RELATION TO DIFFERENCES IN SCHIZOPHRENIA SYMPTOMS AMONG A SAMPLE OF PRIVATE PSYCHIATRY CLINIC, PATIENTS IN AMMAN

By

Ala' A R. Albashtawi

Supervisor

Dr .Ashraf F. Alqudah

ABSTRACT

The current study aims at exploring the relationship of quality of life to various schizophrenic symptoms among a sample of private psychiatric outpatient in Amman. The sample consisted of 78 patients suffering from schizophrenia who are evaluated by positive and negative syndrome scale (PANSS) and The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment tool.

The results show that there was significant association between the dimension of quality of life and schizophrenia symptoms, Pearson correlation was =-0.25.and there was significant inverse association between physical health and positive symptoms of schizophrenia, Pearson correlation was =-0.24. The study has shown as well a significant association between the environment and the positive symptoms, Pearson correlation was =0.30. The regression analysis has shown that the dimension of physical health explains significantly 0.04 from the positive symptoms of schizophrenia, while the environment dimension explains significantly 0.08 from positive schizophrenia symptoms, 0.06 from general psychopathology of schizophrenia and explains significantly 0.07 from the overall symptoms of schizophrenia (positive, negative and general psychopathology). The regression analysis shows also that the dimensions of physical health and the environment significantly explain 0.08 of schizophrenic symptoms at ($\alpha \leq 0.05$).

This study concludes that, there is an inverse association between the overall performance on the quality of life and the total symptoms of schizophrenia, and between the physical health and positive symptoms, and the inverse association between the environment dimension and positive symptoms of schizophrenia, the study has shown the dimensions of environment and physical health explain the positive symptoms, while the

environment dimension explains the total symptoms of schizophrenia. The study has clearly shown the absence of significant relationship between physical health and social relations to the negative symptoms of schizophrenia.